



Hommage de l'auteur ...
et Membres de l'Association médicale Britannique
Jules Félix

DES CAUSTIQUES

DANS LE

TRAITEMENT DU CANCER

PAR LE

DOCTEUR JULES-FÉLIX
Médecin honoraire de la maison du Roi,
Chirurgien de l'hospice Sainte-Gertrude, membre de la
Société anatomo-pathologique,
de la Société belge de médecine publique,
de la Société belge de géologie et d'hydrologie,
de la Société française d'hygiène,
Membre correspondant de la Société de médecine de Gand,
de la Société de médecine de Strasbourg,
de l'académie royale de médecine de Rome,
délégué de l'Alliance scientifique universelle, etc., etc.

DEUXIÈME ÉDITION

BRUXELLES
A. MANCEAUX, LIBRAIRE-ÉDITEUR
12, rue des Trois-Têtes, 12

PARIS
G. CARRÉ, ÉDITEUR
58, rue Saint-André des Arts.

LEIPZIG
MAX RUBE
ÉDITEUR

1892



PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION

L'accueil bienveillant et empressé que le public médical a bien voulu faire à mon *mémoire* sur « l'*Emploi des caustiques en chirurgie* et spécialement dans le traitement *des ulcères, des caries et des affections cancéreuses* », m'engage à en publier une nouvelle édition.

Parmi les nombreux témoignages d'approbation et d'encouragement que j'ai reçus, je citerai l'appréciation du docteur E. Bertherand, directeur du *Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie*, parce qu'elle fait bien ressortir l'action *spéciale* des caustiques sur les néoplasmes cancéreux, action plus sûre, plus profonde, plus antiseptique et par conséquent *plus efficace contre la récidive, malheureusement trop fréquente à la suite des opérations par le raclage et par l'instrument tranchant.*

Des caustiques dans le traitement du cancer et de certaines affections chirurgicales, par le docteur J. Félix, chirurgien de l'hospice Ste-Gertrude, à Bruxelles. — Paris, Carré, éditeur, 58, rue St-André-des-Arts. In-18 de 100 p.

La pensée qui a inspiré la conduite chirurgicale de l'auteur est celle-ci : « Avant d'opérer une tumeur quelconque, il faut bien voir si elle est avantageusement opérable pour celui qui la porte ; et en second lieu, l'observation clinique et l'expérience doivent décider du

procédé qui convient le mieux à chaque cas déterminé. » Certes le couteau, la scie sont indiqués quand on a affaire à une résection, une ovariotomie, etc.; mais quand le néoplasme a des racines et des prolongements impossibles à poursuivre ou qui se dérobent à l'œil du praticien, le caustique n'est-il pas plus efficace, plus sûr, d'une action plus profonde que le grattage, le raclage, etc.? Et n'en voyons-nous pas des exemples quotidiens chez nos indigènes de l'Algérie, qui manient le fer rouge avec des succès incontestables, malgré le peu de connaissances anatomiques de leurs toubibes? Lisez le *Traité de chirurgie d'Abdulcasis*, ce célèbre chirurgien musulman du XIe siècle, et vous serez émerveillé du parti qu'il savait tirer de la cautérisation ignée.

M. le docteur Félix établit un diagnostic sévère entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes : pour ces dernières, il préconise la méthode des caustiques chimiques comme la plus simple, la plus sûre et la plus efficace contre les récidives. Il donne la formule du caustique qui lui a paru toujours le plus avantageux; il décrit les modes de préparation, d'application. Suit une savante étude sur l'étiologie du cancer, et il termine par la statistique de ses succès, qu'il appuie d'une vingtaine d'observations détaillées et discutées.

Excellent livre clinique dont nous recommandons la méditation à nos confrères algériens.

Dr E. Bertherand.

(Extrait du *Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie*, n° 8, août 1888.)

En médecine, comme en toutes choses, il est des préjugés qui se transmettent à travers les âges et les géné-

rations; il est de ces traditions, de ces aphorismes que tout le monde admet sans en avoir guère scruté la valeur et la réalité. Que n'a-t-on pas écrit sur l'incurabilité et l'hérédité du cancer et de la tuberculose? Que de fois n'invoque-t-on pas la *diathèse préexistante*, *fatale*, et dont on n'a pu encore donner *une exacte et intelligible définition*, pour expliquer des choses, qu'il vaudrait mieux reconnaître *inexplicables* dans l'état actuel de la science, et que les découvertes récentes de la microbiologie, dues à l'initiative de Pasteur, nous font apparaître sous un jour tout nouveau et dans leur simple lucidité?

Les admirables recherches de Pasteur sur les fermentations, les altérations du vin, de la bière, sur les maladies des vers à soie, sur le charbon, le choléra, la rage, etc., ne nous montrent-elles pas la part active, le rôle important des microorganismes dans les mutations que subissent les milieux organiques, inanimés ou vivants? (Voir *Revue de médecine*, 1880. *Du rôle des microbes dans la genèse des maladies*, d'après Pasteur, par le docteur Talamon.)

A. Gauthier, Ponchet, Ethard ne nous ont-ils pas montré le rôle des substances alcaloïdiques, des *leucomaïnes* qui se forment normalement dans l'organisme, existant dans les urines, dans les muscles normaux, dans le pancréas, dans la rate, etc., et qui ne seraient que des produits de l'activité des cellules, des produits de déchet, tout comme l'urée, l'acide carbonique, etc.?

Pour A. Gauthier, ces *leucomaïnes* se produisent dans l'organisme parce qu'une partie des tissus vit à la façon des ferments anaérobies ou putrides, qui eux fabriquent les *ptomaïnes* proprement dites.

Ces substances alcaloïdiques plus ou moins toxiques, et continuellement fabriquées par nos éléments anatomiques, sont oxydées, détruites, brûlées dans le torrent

circulatoire; les leucomaïnes ne deviennent dangereuses pour l'organisme que lorsqu'elles sont fabriquées en quantité anormale, ou insuffisamment éliminées; leur accumulation déterminerait alors des auto-intoxications. On peut admettre avec Pouchet que, dans ces conditions, le terrain organique devient plus favorable au développement d'un parasite à l'envahissement duquel il eût résisté antérieurement. (*Revue de médecine*, 1887. — Académie de médecine de Paris, 1886.)

Il résulte, à notre avis, de ces importantes découvertes :

1° Que des ferments et des fermentations diverses se produisent dans les organismes vivants, par des causes internes et externes;

2° Que la fabrication plus ou moins grande, l'élimination plus ou moins complète ou rapide des produits toxiques et de fermentation organique augmentent ou diminuent la résistance de l'organisme vivant, et favorisent ou défavorisent la pullulation des microorganismes pathogènes;

3° Que ces divers phénomènes, ces conditions spéciales peuvent se produire aussi bien dans tout l'organisme, que dans certaines parties de cet organisme; que très souvent même une partie, un organe de l'être vivant est atteint d'abord, et que l'intoxication pathogénique générale se fait ensuite et progressivement pour aboutir à la *cachexie* et *à la mort*.

Ces faits étant pertinemment établis, que reste-t-il de la *diathèse préexistante* et *de l'hérédité fatale* qu'on invoque à tout propos, et qui tendent à conclure à l'inutilité absolue de l'art médical, autant qu'à l'irresponsabilité humaine?

Le docteur Bouchard définit ainsi la *diathèse* : « *Un trouble permanent qui prépare, provoque ou entretient des*

maladies différentes comme siège, évolution et processus. »

Mais les troubles de l'économie vivante sont soumis à des influences multiples, variées, imprévues, variables à l'infini d'après les dispositions organiques et psychiques de l'individu, d'après sa sensibilité plus ou moins grande aux influences, aux milieux extérieurs; d'après son immunité plus ou moins grande, originelle ou acquise contre les causes morbides et les agents pathogènes qui assaillent sans cesse son existence. Dans ces conditions, la diathèse préexistante est-elle encore admissible? La prédisposition naturelle, héréditaire, fatale à contracter telle ou telle maladie est-elle encore soutenable, quand cette prédisposition peut changer à chaque instant d'après les mille et un facteurs différents qui, sans cesse, amènent dans l'économie vivante d'innombrables modifications?

La diathèse préexistante est-elle encore admissible, pour n'importe quelle maladie, qnand il est démontré que des causes internes et externes changent à l'infini *les manifestations de la vie des tissus et des organes du corps humain;* quand l'air, la lumière, l'électricité, le froid, la chaleur, l'eau, la pression atmosphérique, les aliments, les climats, les émotions, les commotions, les excitations de toute espèce, physiques et morales, déterminent brusquement ou lentement des troubles économiques divers qui font éclore dans l'organisme les maladies les plus variées, *mêmes les affections parasitaires* (1).

Au lieu d'invoquer la *diathèse préexistante, la fatalité héréditaire* pour légitimer l'incurabilité du mal et l'inutilité des remèdes, n'est-il pas plus rationnel d'étudier les agents pathogènes que la chimie et le microscope

(1) *V. Essai sur l'hérédité et la sélection naturelle, par A. Weismann, professeur à l'Université de Fribourg-en-Brisgau (Paris,* 1892).

découvrent chaque jour; de chercher à connaître les conditions de leur formation, de leur existence, de leur reproduction, de leur activité, de saisir les rapports que les microorganismes ont entre eux, car il n'y a plus à en douter à côté des causes de destruction, la nature a établi des agents de protection et de conservation et la phagocytose est aujourd'hui scientifiquement établie. (*Roux*, *Metschnikoff*).

Si je me suis étendu si longuement sur cette importante question de la diathèse préexistante et de l'hérédité fatale, c'est parce que ces théories, combattues dans les derniers congrès scientifiques, conduisent le médecin à se croiser les bras quand il pourrait agir, et à jouer le rôle aussi inutile que bizarre d'*enregistreur de maladies et de collectionneur d'observations et de diagnostics*, sans que tous ces travaux, comme le disait autrefois le docteur Amédée Latour, profitent le moins du monde à l'humanité et à la science.

C'est à cause de ces fausses théories que nous avons toujours combattues, et que nous combattons de plus en plus avec ardeur, parce que nous voyons le nombre de nos partisans augmenter chaque jour, c'est à cause de ces théories que la plupart des chirurgiens dédaignent l'emploi des caustiques dans les affections cancéreuses, taxent cette méthode d'*empirique* et de *rétrograde*, parce que comme le *cancer est*, *d'après eux*, *héréditaire et incurable*, il ne faut opérer que pour contenter le patient et que puisque la récidive est la suite ordinaire des opérations, il faut employer le bistouri sous le chloroforme, afin de terminer brillamment et rapidement une opération qu'on sait inutile, puisque le mal se reproduira fatalement dans un délai fort peu éloigné!

Nous avons renoncé à l'instrument tranchant dans le traitement des cancers parce que nous étions *affligé du*

grand nombre de récidives. C'est pour ce *seul motif* que nous sommes arrivé à force de temps, de patience et d'expérience à obtenir un *caustique* ayant toutes les qualités nécessaires à un caustique excellent, n'ayant aucun des défauts des autres caustiques chimiques employés depuis longtemps et à instituer *une méthode* d'application de ce caustique, qui nous donne les meilleurs résultats et des guérisons radicales.

Nous terminons en affirmant qu'il faut bien se garder d'opérer les cancers, quels qu'ils soient, lorsque le mal s'est répandu par les vaisseaux sanguins ou les lymphatiques dans des régions où il n'est plus possible d'extirper tous les ganglions atteints. Ce diagnostic est souvent difficile, mais l'observation attentive d'un grand nombre de cas, l'étude *clinique* du développement et de la propagation des tumeurs cancéreuses, rendra le chirurgien expert et prudent. Il n'oubliera jamais que cautériser ou amputer une tumeur cancéreuse, sans pouvoir extirper tous les ganglions périphériques, ou sans détruire toutes les parties atteintes du mal, c'est une grande faute parce que c'est précipiter le dénouement fatal, et exposer le patient à des souffrances plus grandes que si l'on n'avait pratiqué aucune opération. Notre caustique a l'avantage de faire découvrir les traces de dégénérescence cancéreuse, là où rien ne peut en décéler l'existence.

Nous résumons nos opinions sur le cancer et son traitement dans les propositions et thèses suivantes dont nous croyons avoir démontré la réalité au cours de notre ouvrage :

1. Le terme *cancer* s'applique aux tumeurs malignes d'origine conjonctive, aussi bien qu'aux tumeurs épithéliales. Le terme *carcinome* est réservé spécialement aux tumeurs formées aux dépens des épithéliums glan-

dulaires et celui de *cancroïde* aux tumeurs formées aux dépens de l'épithélium qui revêt la peau ou les muqueuses dermo-papillaires. (Ziegler, Laboulbène, Augier, Van Ermengem.)

Donc le cancer est une *affection spéciale des tissus conjonctif et épithélial.*

2. Des combinaisons diverses dans le développement des tumeurs aux dépens des éléments conjonctifs et épithéliaux, il résulte des formes variées du cancer, d'après la prédominance pathogénique de l'un ou l'autre élément prénommé, et d'après l'anatomie et la fonction des organes auxquels ces tissus appartiennent : glandes diverses, salivaires, mammaires, palpébrales, muqueuses, foie, rate, pancréas, testicule, etc., etc.).

3. La nature du cancer est donc toujours la même dans sa constitution anatomo-pathologique, mais sa marche, sa malignité, son développement et sa généralisation plus ou moins rapides diffèrent suivant les organes qui sont affectés et suivant la constitution et le tempérament des individus atteints.

4. Des auteurs et des cliniciens admettent certaines analogies entre le cancer et la tuberculose. Les désordres et les lésions anatomo-pathologiques de la pneumonie cancéreuse au troisième degré ne ressemblent pas mal à la pneumonie tuberculeuse au troisième degré. Les symptômes et les syndrômes sont à peu près les mêmes; quant au bacille spécifique, rien n'est étudié ni résolu à ce sujet. Au point de vue clinique, le signe différentiel le plus caractéristique pour nous, c'est l'*odeur spéciale* qu'exhalent les crachats cancéreux, et qui ne trompe jamais le médecin observateur. Nous pensons que le cancer est à l'âge mûr, ce que la tuberculose est à la jeunesse; c'est-à-dire une affection parasitaire (microbienne) trouvant dans les dégénérés de l'âge mûr un

terrain favorable de culture et de développement, comme la tuberculose trouve dans les dégénérés de la jeunesse son terrain de prédilection.

5. Le cancer est une affection contagieuse aussi bien que la tuberculose. L'*hérédité* pour le cancer, pas plus que pour la tuberculose, ne nous paraît pas la cause principale de sa propagation, même dans les familles où l'on constate le cancer dans leur descendance; d'autres facteurs, d'après des faits observés (contage, régime, cohabitation), nous paraissent plus importants (1).

Les recherches histologiques du professeur Nepveu, sur la pathogénie du cancer (*Marseille médical*, 15 janvier 1892, p. 41) confirment notre manière de voir.

La cause pathogénique du cancer est, dit le docteur Nepveu, encore obscure : Le professeur Firket, de Liège, est du même avis; ni les cellules, ni les *coccidies* ne sont le caractère pathognomonique des tumeurs cancé-

(1) *Zacutus Lusitanus, médecin du* XVIIe *siècle, rapporte que trois garçons furent atteints de cancer au sein pour avoir couché longtemps avec leur mère affectée du même mal. Tulpius rapporte l'observation d'un homme qui mourut de cancer aux gencives pour avoir sucé la mamelle cancéreuse de sa femme, dans l'intention de la guérir.*

On vient de répéter les expériences déjà anciennes de Dupuytren et d'Alibert qui introduisaient, sans résultat, des fragments de tumeurs cancéreuses sous la peau, dans les muscles, dans l'estomac et l'abdomen des chiens et cela pour établir la non contagiosité du cancer.

Or ces expériences, dont les résultats ont été nuls, ne prouvent qu'une chose : c'est la non transmissibilité du cancer de l'homme aux animaux, rien de plus. Les expériences de l'inoculation de la syphilis aux animaux, faites par Klebs en 1878 et qui sont restées sans résultats, excepté pour le singe, prouveraient-elles que la syphilis n'est pas une maladie contagieuse? Encore faut-il noter que les lésions constatées à l'autopsie chez le singe inoculé (dépôts et nodules caséeux), appartiennent plutôt à la tuberculose qu'à la syphilis. Et parce que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. ne se transmettent pas de l'homme aux animaux, en sont-elles moins des maladies contagieuses.

Défions-nous de conclure trop affirmativement quand il s'agit d'expériences faites dans le laboratoire ou sur des espèces animales différentes. Si les agents toxiques et morbigènes sont les mêmes, les terrains et la réceptivité des diverses espèces animales sont dissemblables.

reuses, puisqu'on les rencontre fréquemment ailleurs. Les Bactériens sont un *fait secondaire;* les psoraspermies sont encore problématiques; aussi le docteur Nepveu s'est-il attaché à étudier les *altérations morphologiques du sang, des capillaires, des lymphatiques et du tissu conjonctif* dans la *zône périphérique* de tumeurs cancéreuses de la peau, de la verge ou du sein. Les capillaires sanguins subissent des altérations intéressantes : tuméfaction, karyokinèse et rupture des endothéliums; infiltrations épithéliales de la paroi des petits vaisseaux qui deviennent des centres de figures, de lobulation par des cellules nouvelles. Augmentation de nombre et karyokinèse des leucocytes du sang, avec destruction des globules rouges, comparable à ce qui se produit dans l'hémoglobinhémie paludique, diapédèse leucocytique et globulaire rouge en voie de destruction; détritus globulaires, de granulations diverses de fins épithéliums, de cellules chargées de corps à fuchsine libres et isolés. Dans le tissu conjonctif se trouvent de nombreuses cellules à noyaux ou nucléoles séparés; *ces cellules sont voyageuses* (Virchow a démontré que toute cellule peut être considérée comme un parasite). Il n'en faut pas plus pour prouver la contagiosité du cancer, qui s'étend comme le prouve le docteur Nepveu, de la tumeur à toute l'économie.

6. Les deux causes occasionnelles du cancer que l'observateur attentif rencontre dans presque tous les cas, sont : *Le traumatisme* et *la diathèse urique* si fréquente chez les anémiques et les dégénérés.

Ces deux causes ne sont, à proprement parler, qu'une seule et même cause : « le traumatisme ». En effet, dans la diathèse urique, les cristaux d'acide urique, qui se présentent au microscope sous bien des formes différentes, occasionnent par leur séjour ou leur passage

dans les organes et particulièrement dans les glandes, foie, rate, reins, etc., etc., des lésions traumatiques, qui, quelque futiles qu'elles puissent être, sont nombreuses et préparent de vrais champs de culture pour les microorganismes. Il en est de même de tous les *traumas :* au col de l'utérus chez les femmes qui ont eu des accouchements laborieux, les déchirures et les éraillures produites par le forceps, par la dilatation forcée du col, par l'avortement mécanique provoqué, même par le râclage utérin, sont les causes occasionnelles les plus fréquentes des affections cancéreuses. C'est encore au *traumatisme* qu'il faut attribuer la plupart des cancers du sein. Nous avons constaté fréquemment des cancers (épithélioma), produits aux lèvres chez l'homme par l'usage de la pipe courte qui, très souvent irrite les crevasses aux lèvres.

Nous avons pu observer, dans des cas de cancer de la lèvre inférieure chez des vieillards, que nous opérions par *le caustique*, les traces évidentes du traumatisme produit par une dent allongée et vacillante au centre de la tumeur épithéliale; il existait dans ces cas, un centre de tissu ramolli, en forme d'entonnoir, sur lequel la dent vacillante, souvent une canine ou une première molaire restée isolée, venait s'appuyer pendant la mastication ou même pendant la conversation.

Nous avons constaté souvent des cancers dans les muscles, survenus à la suite d'efforts, de chutes, de contusions violentes qui avaient amené des déchirures plus ou moins étendues du tissu musculaire.

Nous citons le cas d'une femme de 55 ans, d'une constitution des plus robustes, n'ayant jamais été malade, n'ayant point de tuberculeux ni de cancéreux dans sa famille, ses parents étaient morts de vieillesse. A l'âge de trente ans étant montée sur une échelle, l'échelon

de celle-ci se brisa et elle fit une chûte dans laquelle elle se blessa fortement au sein droit; cette contusion violente fut traitée par les moyens ordinaires, mais la personne ressentit toujours des douleurs assez vives et profondes à cette région. Le sein devint dur, une tumeur se développa progressivement et fut opérée vingt ans après la chute par le bistouri : récidive et repullulation encéphaloïde en quelques mois. La malade nous consulte, nous opérons par le caustique, et après avoir détruit tout le muscle pectoral jusqu'aux côtes, nous constatons à la chute de l'eschare, une carie de côte, résultant d'une ancienne fracture; en introduisant le doigt dans la cavité thoracique, nous constatons une pleuropneumonie cancéreuse, qui emporta la malade six mois après l'opération.

— Un écuyer, âgé de 75 ans, n'ayant jamais été malade, mourut d'une tumeur encéphaloïde énorme du deltoïde à la suite d'une chute de cheval ; pas de cancéreux dans la famille.

— Une dame, âgée de 60 ans, se blessa au doigt médius en soignant des fleurs; une épine s'était implantée sous l'ongle, un épithélioma se développa et bientôt une tumeur ganglionnaire énorme envahit le creux de l'aisselle. Cette dame qui avait refusé l'amputation du doigt médius, mourut de cachexie cancéreuse. Jamais dans sa famille il n'y avait eu de cas de cancer. Nous avons observé beaucoup de cas semblables dans la clientèle où, mieux qu'à l'hôpital, on peut recueillir des renseignements positifs.

7. L'anémie, le lymphatisme et le nervosisme chronique sont les principales causes prédisposantes du cancer et de la tuberculose.

8. L'hypoazoturie et l'hypochlorurie constantes n'existent pas plus dans les tumeurs malignes, à leur début,

que dans les tumeurs bénignes, Elles ne se produisent que lorsque le développement des tumeurs a déterminé un état cachectique du sujet. Elles sont un des signes pathognomoniques *de toutes les cachexies*.

9. Le cancer n'est point le résultat de la viciation de la nutrition intime de l'individu qui en est atteint; mais le cancer produit la viciation de la nutrition générale qui amène la cachexie dont l'hypazoturie est un des signes caractéristiques.

10. La propagation des éléments cancéreux (sucs, cellules, microbes, spores, ptomaïnes ou toxines) dans l'organisme se fait par les vaisseaux sanguins et les lymphatiques. Dans l'encéphaloïde, l'infection générale se produit surtout par les veines.

11. La contagion du cancer ulcéré aux parties voisines saines (auto-inoculation) s'observe fréquemment dans le cancer primitif du col utérin et de la langue. Dans ces cas on constate très souvent que les muqueuses de la bouche et du vagin contaminées par les exsudats, deviennent cancéreuses.

12. J'ai observé deux cas de cancer du prépuce (épithélioma), contracté par des maris dont la femme était atteinte de cancer épithélial du col utérin.

13. Tenant compte de l'auto-infection et de la contagion du cancer; de sa propagation par les vaisseaux sanguins et lymphatiques, de la fréquence de sa récidive, *dans la cicatrice opératoire surtout*, après l'opération par l'instrument tranchant, je conclus que les tumeurs cancéreuses doivent être opérées le plus tôt possible et par la méthode des caustiques de préférence à tout autre procédé, afin d'éviter l'*infection opératoire et la récidive*.

14. Notre statistique et celle du docteur Bougard (voir p. 55) comparées à toutes les autres statistiques,

prouvent la supériorité de l'opération par le caustique qui donne, sur 162 opérations de cancers du sein, une moyenne de 40 p. 100 de guérisons radicales, sans récidive aucune, *cinq ans au moins après l'opération.* — Sur 26 cas de cancers du sein, nous avons obtenu 17 cas de guérison définitive.

15. La preuve la plus convaincante de la supériorité de notre méthode, ce sont les guérisons radicales et définitives obtenues *dans des cas de récidives* d'épithéliomas de la lèvre, d'ulcères fongueux de la jambe et de la cuisse, d'épithélioma de la paupière, de cancers du sein, où tous les moyens (bistouri, raclages, caustiques de toutes sortes) avaient été employés inutilement et par des chirurgiens distingués.

Je crois utile de terminer cette préface en résumant trois observations des plus intéressantes, de tumeurs cancéreuses opérées par ma méthode.

I. Mme H..., des environs de Gembloux, 39 ans, atteinte de tumeur cancéreuse, du volume d'un œuf de pigeon, a été opérée par une personne de Thelin-Grupont, au moyen d'un caustique. Récidive peu de temps après, *non pas dans la cicatrice*, mais plus bas, au niveau du sein gauche. Un chirurgien, professeur à l'Université de Louvain, ampute le sein gauche, le 26 août 1888. L'opération a parfaitement réussi, la cicatrisation s'est faite complètement en quinze jours. L'opérée a été très malade du chloroforme pendant trois jours : vomissements, syncopes, crampes d'estomac, malaise, etc. En mars 1891 nouvelle récidive, dans la cicatrice, conseil d'une nouvelle ablation. Mais la patiente a été si malade du chloroforme; elle est si découragée des récidives qu'elle ne veut plus se soumettre à une opération sanglante. Elle a usé de mille

petits remèdes, mais en vain. Enfin, la tumeur prenant des proportions de plus en plus considérables et envahissant le muscle pectoral jusqu'à l'aisselle, cette dame vient me consulter et accepte l'opération par ma méthode.

Diagnostic. — Tumeur cancéreuse développée tout le long des points de suture et dans la cicatrice, noyaux durs sous-cutanés dissiminés dans toute la région mammaire, jusque près du creux axillaire.

L'analyse des urines, faite avec le plus grand soin par M. le docteur Dumont, donne, en huit jours, un minimum journalier de 14,561 grammes et un maximum de 27,091 grammes d'*urée*, et pour les *chlorures* un minimum journalier de 7,52 grammes et un maximum de 10,616 grammes.

Quatre applications de caustique suffirent pour détruire tout le néoplasme et ses prolongements ; l'eschare se détache le septième jour après la dernière application de caustique et laisse à découvert une plaie de très bonne nature, aussi grande que toute la main. L'opération a été commencée le 12 octobre 1891, et en janvier 1892 la guérison et la cicatrisation étaient complètes. Nous avons revu l'opérée à la fin de février et il n'y a pas la moindre apparence de récidive. La santé générale est meilleure que jamais et à la maigreur et l'anémie ont succédé les signes de l'embonpoint.

II. M. D..., propriétaire dans le Limbourg ; âgé de 68 ans, souffre depuis trois ans d'un épithélioma ulcéré, situé sous l'arcade sourcillière gauche ; tous les traitements, raclages, cautérisations, pommades diverses ont échoué. L'épithélioma menace d'envahir la paupière supérieure jusqu'à la caroncule. Le 18 août 1890, je fais la première application de caustique ; cinq applications consécutives sont nécessaires, et à la chute de l'eschare,

je constate une plaie grande comme une pièce de un franc, le périoste est détruit et l'os complètement mis à nu. Par des pansements occlusifs et antiseptiques au moyen de l'aristol et du collodion, la cicatrisation complète s'est opérée; cicatrice blanche, presque imperceptible. (Très intéressante la reproduction concentrique du périoste).

Depuis lors, plus la moindre récidive et guérison complète.

III. Tumeur épithéliale, ulcérée, datant de deux ans, survenue à la suite d'une chute, et située au niveau de la bosse frontale droite, chez un dame de 83 ans, habitant Ixelles. Cette tumeur est mobile, du volume d'une grosse noix, très douloureuse, saignante. Trois applications du caustique suffisent pour la détruire complètement sans entamer le périoste qui n'est pas atteint, comme dans l'observation précédente. — Pansements occlusifs et antiseptiques, guérison radicale en un mois. L'opérée jouit de la meilleure santé et a supporté le caustique sans le moindre inconvénient. La cicatrice est presque invisible.

Nous croyons inutile de multiplier ici nos observations. Nous avons revu depuis peu plusieurs de nos anciens opérés et nous sommes heureux d'avoir pu constater chez eux un parfait état de santé, la guérison complète sans cicatrice vicieuse et sans la moindre trace de récidive; on ne contestera pas non plus le diagnostic, puisque *chez tous* l'affection *cancéreuse* ou *épithéliale* avait été établie, avant nous, par plusieurs chirurgiens. Parmi ces opérés, nous citons comme guéris radicalement les sujets des observations publiées dans notre première édition :

Observation VII. — Ulcère cancéreux de la joue, opéré en 1881.

Observation VIII. — Ulcère (ulcus rodens) perforant de la face, opéré en 1873.

Observation IX. — Cancer du sein droit, opéré en 1882.

Observation XI. — Carcinome du sein, opéré en 1885.

Observation XIII. — Squirrhe du col utérin, opéré en 1874.

Observation XVIII. — Cicatrices vicieuses au cou, opérées en 1875 (non cancéreux).

Observation XIX. — Abcès fistuleux le long du rachis (non cancéreux), opérés en 1879.

Observation XXIV. — Cancer épithélial ulcéré (trois récidives), opéré en 1884.

Bruxelles, mars 1892.

DES CAUSTIQUES

DANS

LE TRAITEMENT DU CANCER

ET DE CERTAINES AFFECTIONS CHIRURGICALES

I.

En médecine et en chirurgie pratiques, il ne faut avoir ni idées préconçues ou systématiques ni préjugés ni dogmes, et pendant que les rhéteurs se disputent la découverte des secrets de la science pure, le praticien a raison de se renfermer dans le rôle plus modeste, mais plus utile, d'observateur rigoureux des faits cliniques et des résultats thérapeutiques obtenus. Fidèle à la tradition hippocratique : « *prévenir d'abord*, *guérir ensuite* et *enfin soulager* », le praticien ne rejette pas, de parti pris, une idée, un moyen, un procédé, une méthode, un remède anciens ou nouveaux ; il ne voit et il ne doit voir que le soulagement, la guérison des malades et les bienfaits de la science mis au profit de l'humanité.

La médecine et la chirurgie, après avoir subi le joug de l'empirisme, sont devenues une science exacte, positive, grâce surtout aux méthodes expérimentales et à l'observation rigoureuse des faits. Aussi tout praticien a-t-il le droit d'être écouté quand il signale les résultats de son expérience, parce que les malades profiteront souvent plus d'une médication, basée sur le bon sens pratique, que d'une dissertation académique. Dans l'art

de guérir, tous les moyens sont bons pourvu qu'ils soient utiles et l'on aurait tort de répudier une pratique quelconque, sous prétexte qu'elle n'est pas assez scientifique ou assez brillante pour celui qui l'emploie.

Le progrès ne consiste pas à détruire ou à renier ce qui existe et ce qui a fait ses preuves, mais à le respecter et à en user pour le perfectionner sans jamais perdre de vue, surtout en médecine comme en sociologie, que le mieux est parfois l'ennemi du bien et que la vérité du lendemain s'est souvent fait jour, grâce à l'erreur ou à l'hypothèse de la veille.

A notre avis, ce n'est point parce que la méthode antiseptique due à Lister, le grand chirurgien anglais, et aux travaux de l'illustre Pasteur, fait des merveilles dans les opérations sanglantes, qu'il faille laisser au bistouri un droit et un privilège exclusifs dans le domaine de la chirurgie. Avant d'opérer une tumeur quelconque, il faut bien voir si elle est avantageusement opérable pour celui qui la porte, et en second lieu, l'observation clinique et l'expérience doivent décider du procédé qui convient le mieux à chaque cas déterminé.

Au lit du malade ou du blessé, soyons, comme le disait le savant chirurgien de la Pitié, M. le professeur Verneuil, dans une de ses plus intéressantes conférences, faite à l'Académie de médecine de Belgique en 1887, soyons avant tout *médecin*, ce qui nous empêchera d'abuser des opérations et nous rendra plus expert et plus utile *chirurgien*.

Malgré l'antisepsie, les accidents opératoires ne sont pas bannis de la pratique chirurgicale et la statistique des hôpitaux nous montre encore bien des victimes de l'instrument tranchant. S'il faut réserver le couteau et la scie dour l'ablation des membres et des parties osseuses

qu'on ne peut conserver, pour les résections, les laparotomies, les ovariotomies, etc., en un mot, pour toutes les opérations qui consistent à enlever un membre ou un néoplasme bien limité, en est-il de même quand il ne s'agit pas seulement d'enlever le néoplasme, mais encore les parties voisines et des surfaces où ce néoplasme a des racines et des prolongements que le bistouri ne peut atteindre et que les sens exercés du chirurgien ne peuvent découvrir?

L'action chimique et élective de certains caustiques n'est-elle pas plus sûre, plus profonde, plus efficace dans certains cas, que le grattage, le raclage ou la section? Pourquoi donc Hippocrate et tous les chirurgiens qui lui ont succédé jusqu'à nos jours, ont-ils fait si grand cas du fer rouge, de la cautérisation par l'huile bouillante, des caustiques chimiques, du galvano-caustique et du thermo-cautère?

Il nous semble que s'ils n'avaient point de raisons sérieuses pour employer ces moyens, ils se contenteraient mieux que jamais de l'instrument tranchant sous ses mille et une formes, depuis le grand couteau jusqu'au bistouri et au ténotome, depuis les ciseaux jusqu'à l'amygdalotome et au lithotome? Au contraire, c'est à qui trouvera le meilleur moyen de rougir un couteau par le feu, l'essence de benzine ou l'électricité!

N'est-ce pas la preuve de la non omnipotence de l'instrument tranchant? et s'il en est ainsi pourquoi ne pas étudier l'action de certains caustiques qui, par leur composition chimique, détruisent les tissus morbides et produisent dans les tissus vivants des modifications importantes et salutaires? Mais pourtant si le bistouri n'a plus de rival, si c'est le spécifique unique de la chirurgie moderne, et peut-être bientôt de la médecine, car il

paraît qu'on résèque aujourd'hui des poumons aux phtisiques, alors que jadis on *essaya* de les cautériser, ce qui n'était pas aussi irrationnel ; s'il n'y a plus que le bistouri en chirurgie, même en dépit de la clinique et des lois de l'observation, pourquoi ceux-là mêmes qui l'emploient avec autant de passion que d'adresse cherchent-ils encore d'autres moyens? Et pourquoi, quand des praticiens se trouvent bien d'autres procédés opératoires moins dangereux, plus simples et plus efficaces contre les récidives, les virtuoses de la méthode sanglante ne se donnent-ils pas la peine d'expérimenter avec soin les caustiques, et sacrifient-ils à l'enthousiasme du brio opératoire la guérison *définitive* des malades et les avantages de l'Éclectisme médical?

Ah! s'il n'y avait qu'à couper, à enlever, à réséquer pour guérir, nous serions aussi de l'avis que « *cito* » c'est le mieux et que rien ne vaut le bistouri! Mais dans les ulcères malins, syphilitiques, cancéreux, dans les tumeurs de mauvaise nature, n'y a-t-il absolument pas autre chose à faire qu'à enlever le néoplasme? Est-on toujours bien certain de l'avoir enlevé *complètement?*

Quand, avec l'instrument tranchant, vous faites l'ablation de la tumeur et des ganglions durs, avez-vous enlevé de ce brillant coup de bistouri les vaisseaux afférents et efférents qui sont gorgés de suc cancéreux ou de bactéries infectieuses? Votre couteau a-t-il pu trouver et couper dans les tissus voisins qui semblent parfaitement sains aux yeux du chirurgien expert les radicelles imperceptibles disséminées dans la trame de ces tissus voisins? Peut-il atteindre les derniers retranchements des bactéries emportées par les capillaires sanguins ou lymphatiques? Ce que le bistouri ne peut faire, ce que l'œil le plus exercé ne peut découvrir, certains caustiques chi-

miques le découvrent sûrement et peuvent le détruire. C'est là un des points les plus importants de notre observation et de notre pratique chirurgicale, et sur lequel nous attirons l'attention de tous ceux qui se dévouent au grand art de guérir.

Le lobe pulmonaire, que certains chirurgiens osent reséquer aussi audacieusement qu'imprudemment, est-il la seule forteresse où se soient retranchés les baciles de la tuberculose?

Le raclage, le grattage des surfaces et des cavités comme l'utérus, et peut-être bientôt de l'estomac, si l'audace et l'engouement opératoires continuent, n'en déplaise à la pauvre humanité, victime inconsciente et trop docile de *l'experientia in anima vili*, n'ouvriront-ils pas toutes larges les portes de l'économie aux microbes de la septicémie et des maladies parasitaires?

Rien jusqu'ici n'a pu infirmer d'une manière absolue l'assertion clinique de Boyer, que : « *Toute plaie est une porte ouverte à la mort* », ni les remarquables expériences de Sédillot, sur la phlébite et l'infection purulente.

La statistique enregistre encore tous les jours des cas d'accidents opératoires mortels, et maintenant que la nature microbienne, contagieuse, épidémique même du tétanos traumatique vient d'être découverte, faut-il faire fi de l'action inoffensive, modificatrice des caustiques dans le traitement des plaies, des ulcères atoniques ou de mauvaise nature, dans le traitement chirurgical des tumeurs malignes, syphilitiques ou cancéreuses. Si nous avons perdu notre enthousiasme pour l'instrument tranchant dans bien des cas, c'est parce que nous l'avons vu hélas! trop souvent échouer, non pas *comme succès opératoire du moment*, mais comme moyen curatif, comme succès *chirurgical définitif*, ce qui importe le plus pour

les pauvres malades. La statistique des plus grands chirurgiens fourmille de ces insuccès et ces insuccès innombrables ont conduit à cette conclusion aussi désespérante que désastreuse (1) :

« Le cancer étant une affection constitutionnelle, dia-
» thésique et toujours incurable, il ne faut opérer qu'à
» la dernière extrémité (*in extremis*), puisque la récidive
» est certaine. »

Mais alors au lieu d'opérer encore, puisque c'est absolument inutile; pourquoi, comme le font assez bon nombre de chirurgiens logiques avec eux-mêmes, soumettre encore les malheureux patients aux tortures et aux péripéties d'une opération chirurgicale? Dans ce cas, la science et l'humanité ne nous obligent-elles pas à une sage expectation?

Nous établirons plus loin que la diathèse cancéreuse *préexistante* est un mythe, comme la constitutionnalité absolue de cette maladie. Le cancer peut être héréditaire, comme la syphilis et la tuberculose, mais pas plus que les deux autres affections il ne l'est fatalement, et notre expérience, d'accord avec les découvertes bactériologiques, nous permet d'affirmer qu'il est bien plus de cancéreux, de syphilitiques et de tuberculeux par infection ou par contagion, que par hérédité.

Aussi nous attribuons le grand nombre d'insuccès et de récidives dans les tumeurs cancéreuses opérées par l'instrument tranchant à deux causes : 1° on opère trop tard, quand l'économie toute entière est infectée par le suc cancéreux, c'est-à-dire quand le malade est atteint de *cachexie* cancéreuse.

(1) D'après Gross, la récidive locale a lieu dans l'espace de trois mois après l'opération par le bistouri dans 81, 81 p. 100 des cas. (V. *Encyclopédie internationale de chirurgie* du Dr JOHN ASHHURST. T. VI, p. 232. *Cancer médullaire.*)

2° En opérant par le bistouri, avant même que le mal ne se soit généralisé dans l'économie, on ne le détruit pas jusqu'en ses dernières racines, et j'appellerai à cet égard l'attention des praticiens. Où se produisent les récidives? Toujours ou presque toujours dans la région opérée ou dans la zone des ganglions *superficiels* ou *profonds* de cette région. Je souligne à dessein ces deux mots parce qu'il arrive fréquemment, qu'en enlevant une tumeur et en ayant soin de couper bien avant dans les tissus sains circonvoisins du néoplasme, on a laissé, dans les parties profondes, des vaisseaux ou des ganglions lymphatiques ayant déjà subi la dégénérescence cancéreuse et dont il était absolument impossible de découvrir l'état pathologique. Comme nous le verrons plus loin, le caustique nous permet de découvrir ces traces de productions cancéreuses.

Nous sommes absolument d'accord avec M. le professeur baron Michaux, de l'Université de Louvain, qui conseille, dans l'opération des tumeurs du sein accompagnées d'adénopathies axillaires, d'enlever non pas seulement tous les ganglions du creux de l'aisselle, mais encore la traînée en cordon plus ou moins dur qui réunit en quelque sorte le sein malade à la pléiade ganglionnaire. Nous avons vu souvent, dans des cas de cancer du sein, que le muscle pectoral était altéré dans une grande partie de ses fibres et avait subi la dégénérescence cancéreuse, alors que la tumeur semblait mobile et des mieux circonscrite. L'action élective de notre pâte caustique a pu seule nous révéler cet état pathologique qui échappe au bistouri et à l'attention du chirurgien le plus expert.

Aussi, en prônant l'utilité et la supériorité du caustique dans le traitement du cancer et de certaines affections

chirurgicales, nous ne sommes pas des apôtres, mais des convertis par l'expérience des faits et des résultats obtenus. Nous avons été étonné de la façon rapide dont se guérissent les plaies par le caustique, des modifications profondes qui s'opèrent impunément dans les tissus par certains caustiques à base de chlorure de zinc, et particulièrement par la pâte caustique du docteur Bougard, et par la pâte que nous avons composée et dont nous publierons plus loin la recette; enfin de l'action élective de ces agents chimiques sur les tissus morbides, de façon à pouvoir suivre et détruire les racines du mal jusque dans ses derniers retranchements.

Mais, dira-t-on, l'emploi du caustique pour l'ablation de tumeurs volumineuses cancéreuses ou autres, est long, douloureux et par conséquent doit débiliter les malades et être plus nuisible que l'emploi radical du bistouri.

Nous répondrons que l'expérience de vingt années de pratique nous a prouvé que les malades le supportent très bien et que leur santé n'en est pas altérée ; au contraire, à mesure que le caustique détruit une tumeur ou un ulcère de mauvaise nature, on s'aperçoit que le teint de l'opéré se modifie, que le sommeil et l'appétit reviennent.

Quant à la douleur, les applications topiques de solution de cocaïne, d'antipyrine, les injections hypodermique de ces deux puissants analgésiques, d'après la méthode du professeur Germain Sée, de Paris, les narcotiques divers, etc., ont aisément raison des souffrances du caustique, beaucoup plus redoutées des médecins hostiles à cette pratique que des malades qui les craignent bien moins que l'emploi de la méthode sanglante. Nous ajouterons qu'il n'est pas d'hémorragie à craindre avec le caustique, qu'il ne faut point avoir recours à l'attirail toujours trop compliqué, pour les médecins de

campagne surtout, de la méthode antiseptique; que le caustique est le meilleur et le plus puissant hémostatique; qu'il est l'antiseptique par excellence, parce qu'il ne se borne pas à agir à la surface, mais qu'il pénètre dans la trame profonde des tissus; que le caustique n'exige ni soins assidus avant, pendant et après l'opération, ni ces mille et une précautions, si faciles à réaliser dans les hôpitaux, mais si difficiles dans la pratique civile, dans la médecine des pauvres, surtout à la campagne, pour pouvoir éviter, prévenir ou combattre les hémorragies, la septicémie, le tétanos, la syncope, le choc traumatique encore si fréquent et toujours redoutable, et tous les autres accidents opératoires qui font encore bien des victimes, sans oublier l'empoisonnement chloroformique.

Voilà pourquoi nous affirmons que l'emploi des caustiques ne doit pas être banni de la pratique chirurgicale, mais qu'il est précieux et utile d'étudier les caustiques, de régler méthodiquement leur mode d'emploi afin de pouvoir y recourir chaque fois qu'il y aura lieu, non seulement d'extirper un néoplasme mal circonscrit, comme le sont les tumeurs malignes, mais encore de modifier profondément les surfaces malades; chaque fois que l'état de faiblesse du sujet ou sa pusillanimité fera craindre l'hémorragie, le choc traumatique, la syncope ou d'autres complications habituelles des opérations sanglantes; chaque fois surtout qu'on pourra espérer, dans les cas d'ulcères profonds, de tumeur blanche, d'osteïte, de carie osseuse, de conserver le membre par une cautérisation profonde et modificatrice qui amène souvent les plus heureux résultats et qui évite ces fatales répercussions diathésiques signalées et si redoutées par Verneuil et bien d'autres chirurgiens distingués.

Nous ferons remarquer que l'emploi du caustique est

surtout indiqué au début des tumeurs alors qu'elles sont encore peu développées et que le bistouri effraierait le malade et ne pourrait pas être accepté par lui. Dans ces cas l'opération par le caustique est simple, facile prompte et ne doit pas plus effrayer le malade que l'application d'un vésicatoire.

Dans son remarquable ouvrage sur le « *Pansement antiseptique* » (2e édition française, Paris, 1888), traduit par le docteur Eugène de la Harpe, de Lausanne, M. le docteur de Nussbaum, professeur de clinique chirurgicale à Munich, écrit à propos du cancer, p. 272 et suivantes :

« Il existe d'ailleurs des observations recueillies par » des cliniciens distingués, de cancers guéris par » d'énormes doses d'iodure de potassium et par un » jeûne systématique et longtemps prolongé.

» Il est hors de doute que le cancer épithélial des » lèvres, de la muqueuse de la bouche, des joues, a » souvent été guéri à son début par des lotions alcalines » faites pendant longtemps, par des compresses, des garga- » rismes alcalins. J'emploie souvent, avec un bon résultat » évident, une solution aqueuse de carbonate de soude » à 2 p. 100. Cependant le mieux, c'est toujours d'enlever » toute la tumeur, le plus tôt possible, avec le bistouri, » le thermocautère *ou les caustiques. Ces derniers, surtout* » *le chlorure de zinc mélangé avec l'amidon, parties égales* » *de chacun, m'ont souvent paru faire disparaître un cancer,* » *mieux encore que ne le fait le bistouri.*

» La guérison *radicale d'un cancer est possible* à la » condition qu'on extirpe tout ce qui est carcinomateux » et en outre toute la région voisine, irritée, disposée à » devenir cancéreuse; il faut opérer assez tôt pour qu'il » n'y ait pas ulcération et érosion vasculaire qui ouvrent » la porte à l'émigration des cellules carcinomateuses.

» Des recherches exactes ont permis de constater qu'on » a vraiment obtenu un certain nombre de guérisons » radicales. »

On voit par ces lignes émanant d'un praticien éminent et d'une grande autorité chirurgicale en Allemagne, que l'*incurabilité absolue* du cancer est aussi erronée que la doctrine de la *diathèse cancéreuse préexistante*.

Nous sommes heureux d'entendre le professeur de Nussbaum, un des virtuoses les plus expérimentés du bistouri et un des plus audacieux et des plus heureux opérateurs, partisan convaincu des doctrines microbiennes et de l'antisepsie, proclamer dans son ouvrage que, dans le traitement des tumeurs cancéreuses, les caustiques chimiques sont plus efficaces et préférables à l'instrument tranchant. Dans son traité sur les tumeurs, le Professeur Broca signale aussi les bons résultats des caustiques.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic d'une tumeur, il importe surtout de décider si la santé du malade comporte une opération; quel est le moment propice pour la faire et le procédé le moins dangereux et le plus utile au patient. Ce sont là des considérations importantes dictées par la science et l'humanité, et que l'illustre Velpeau savait si bien faire prévaloir dans ses remarquables travaux sur le cancer et la médecine opératoire.

Le diagnostic au début des tumeurs est encore obscur, si l'on ne peut pas toujours déterminer la nature bénigne ou maligne d'une tumeur à son début, on a aujourd'hui la certitude clinique, et les plus grands chirurgiens sont de cet avis : Velpeau, Billroth, von Langenbeck, Virchow, Verneuil, Deroubaix et bien d'autres, que les tumeurs bénignes peuvent devenir malignes dans le cours de leur évolution.

Une erreur dans laquelle on verse encore aujourd'hui c'est de ne déclarer une tumeur *maligne* ou *cancéreuse* que lorsque cette tumeur, par son développement ou par les symptômes morbides qu'elle provoque, compromet l'existence du sujet qui la porte. Il en résulte qu'on a été rassurant, très rassurant pour le malade jusqu'au jour où la constitution s'altérant et l'existence étant compromise, on parle d'opération grave et de résultats problématiques.

Ce qui a le plus contribué à propager cette manière d'expectation jusqu'au moment *fatal*, *psychologique* de l'opération tardive et trop souvent inutile alors, c'est la théorie de l'hypoazoturie comme signe diagnostique *certain* du cancer et des tumeurs malignes, venant en quelque sorte et pour les besoins de la cause, remplacer celle de la *cellule cancéreuse* dont l'existence n'est plus admise aujourd'hui.

Nous avons analysé et fait analyser dans de nombreux cas de cancer confirmés, récidivés et incurables, les urines par les procédés que préconisent MM. les professeurs Depaire, pharmacien chimiste et le docteur Rommelaere, de Bruxelles, et qui ne sont autres que ceux de la méthode d'Esbach plus ou moins modifiés, basée sur la décomposition de l'urée en eau, acide carbonique et azote, au contact à froid de l'hypobromite de soude. Nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais rencontré d'hypoazoturie constante, même dans les cas de cancers incurables, que lorsque le malade était arrivé à *un état de cachexie ou d'atrepsie* qui mettait ses jours en danger.

Alors et toujours nous avons constaté l'hypoazoturie et l'hypochlorurie progressives jusqu'à la mort; ce qui est absolument conforme aux lois physiologiques de la

nutrition et de la dénutrition organiques; l'urée étant, comme l'ont démontré Brouardel et Armand Gauthier, le produit ultime, *excrémentitiel* de l'oxydation et de la combustion des matières azotées : créatinine, xantine, sarcine, acide urique (1).

Dans plusieurs cas de cancer du sein peu développé où nous avons trouvé l'hypoazoturie, nous avons découvert en cherchant bien, chez le même sujet un cancer de la matrice très avancé et qui n'attirait guère l'attention de la malade attribuant à son retour d'âge les hémorragies fréquentes dont elle était atteinte. Une autre fois nous avons trouvé en même temps qu'un cancer du sein à la première période, un cancer du col utérin en voie d'ulcération; chez une autre malade nous avons découvert une tumeur cancéreuse du foie; et encore deux cas de cancer de la plèvre et du poumon, l'un chez une femme et l'autre chez un homme, tous deux âgés d'environ cinquante-cinq ans.

Ces faits nous font conclure avec bon nombre de cliniciens : Dujardin-Beaumetz, Rabuteau, Deroubaix, Thiry, Henrijean et Prost de Liège, que l'hypoazoturie n'est pas le *signe caractéristique et constant* des tumeurs malignes et de la diathèse cancéreuse (2).

Pour ce qui nous concerne personnellement, nous avons la conviction basée sur l'expérience de malades observés pendant plusieurs années et sur des analyses

(1) Voir Brouardel. *L'urée et le foie*, Paris, 1877. — Armand Gauthier. *Chimie appliquée à la physiologie*, t. II, p. 15 et suiv. Paris, 1874.
W. Wundt. *Nouveaux éléments de physiologie humaine*, Paris, 1872. Traduction du docteur Bouchard, v. p. 331 et suiv. *De la production de l'élimination de l'urée.*
Docteur G. Harley. *De l'urine*, Paris, 1875. Traduit de l'anglais par le docteur Hahn, v. p. 52 et suiv.
(2) Voir Henrijean et Prost. *Contribution à l'étude des urines pathologiques*, p. 31 et suiv. Bruxelles, Manceaux, 1886. — Deroubaix. *Etude sur l'ablation de la langue*, Bruxelles, 1886, p. 10 et suiv.

d'urines faites avec le plus grand soin et souvent contrôlées par nos amis, MM. Delchevalerie et Denayer, pharmaciens-chimistes, à Bruxelles :

1° Que l'hypoazoturie peut se produire, de même que l'hypochlorurie, dans le cours de toutes les affections bénignes ou malignes, aiguës ou chroniques ;

2° Qu'elles dépendent non seulement de la maladie mais encore de diverses conditions de régime, de digestion, d'activité musculaire, d'émotions morales, de nutrition ou de dénutrition plus ou moins actives du sujet, et que par conséquent, elles ne peuvent apporter dans le cancer ou les tumeurs aucun élément certain de diagnostic sous le rapport de leur bénignité ou de leur malignité ;

3° Que dans le cours d'une affection quelconque, lors-l'hypochlorurie et l'hypoazoturie s'accentuent d'une manière progressive, c'est un signe certain de la *cachexie* et non de la *diathèse* qu'il ne faut jamais confondre puisque ce sont deux choses absolument différentes ;

4° Que lorsque l'hypochlorurie quotidienne descend au-dessous de deux grammes et l'hypoazoturie au-dessous de huit grammes, le malade est en danger de mort ; mais nous devons ajouter que dans ces cas, il est bien d'autres symptômes locaux et généraux qui avertissent aussi sûrement de la fin prochaine ou des accidents septiquesque l'extrême hypochlorurie ou azoturie. Le frisson initial de Dupuytren, les sueurs colliquatives, le facies hippocratique, le délire ou le coma, la chute rapide et les oscillations brusques du thermomètre de 40° C. à 36° sont des signes cliniques qui n'ont encore aujourd'hui rien perdu de leur importance ni de leur certitude, et que tout praticien ne saurait négliger.

Ces points nous paraissent même parfaitement établis

par les travaux et les expériences du professeur docteur Rommelaere, puisque la plupart des malades cancéreux chez qui il a constaté la diminution constante de l'urée sont morts à bref délai (1).

En effet, des six cas de cancer pour lesquels le docteur Rommelaere a fait l'analyse de l'urée, cinq sont morts :

Le 1er cas, huit jours après son entrée à l'hôpital.

Le 2e cas, vingt et un jours après son entrée à l'hôpital.

Le 3e cas, sept mois après son entrée à l'hôpital.

Le 4e cas, on ne dit pas ce qu'il est devenu.

Le 5e cas, est mort au bout d'un mois.

Le 6e cas, est mort au bout de quatre mois (2).

Il est évident que le docteur Rommelaere a confondu ici la diathèse avec la cachexie cancéreuse et qu'en voulant prouver l'existence de la première, il n'a fait, par ces six observations de cancer, que bien établir la seconde. Notre pratique, les observations de cas de cancers nombreux suivis attentivement non pas pendant quelques semaines, quelques mois, comme c'est la règle dans les hôpitaux, où la plupart des cancéreux ne viennent s'installer qu'à la dernière période, lorsque la mort et la misère les poursuivent, mais observés pendant plusieurs années, les analyses d'urines que nous avons faites, les symptômes cliniques observés attentivement, toutes ces données ne nous permettent pas d'admettre l'exactitude des deux propositions du professeur Rommelaere :

» 1° *La malignité se caractérise par une viciation de la nutrition intime, cette viciation ne se rencontre pas dans les tumeurs bénignes ;*

(1) Voir. *Annales de l'Université de Bruxelles*, t. III, pages 294 et suiv. ROMMELAERE. *Du diagnostic du cancer*.

(2) Voir. *Annales de l'Université de Bruxelles, 1880*, t. Ier, pages 214 et suiv.

» 2° *Le cancer est le résultat d'une viciation de la nutrition intime ; la réalité de cette viciation est établie par l'hypoazoturie* (1). »

Nos études et nos observations cliniques nous ont conduit à formuler les trois propositions suivantes comme loi générale, et nous les soumettons volontiers à l'examen et au contrôle du corps médical :

1° *L'hypoazoturie constante n'existe pas plus dans les tumeurs malignes et cancéreuses à leur début, que dans les tumeurs bénignes. Elle ne se produit que lorsque le développement de ces tumeurs a déterminé un état cachectique du sujet.*

2° *Le cancer n'est point le résultat de la viciation de la nutrition intime de l'individu, mais il produit cette viciation qui amène la cachexie dont l'hypoazoturie est un des signes caractéristiques.*

3° *L'hypoazoturie constante caractérise toutes les cachexies (cancéreuse, tuberculeuse, scrofuleuse, etc.) et est, avec l'hypochlorurie progressive, si elles se maintiennent, la première, au-dessous de huit grammes, la deuxième, au-dessous de deux grammes par jour, le signe d'une terminaison fatale et prompte dans toutes les maladies.*

Un fait important à noter est celui-ci : Dans la séance de la Société des officiers de la santé publique d'Angleterre, M. le docteur Blyth a discuté la transmission du cancer par contagion. Il a cité des expériences et a donné plusieurs exemples d'infection chez les hommes par inoculation accidentelle. Le point de départ du cancer était souvent des *blessures*, et, dans nombre de cas, le contact intime de cancéreux et de personnes saines avait paru répandre la maladie. A l'appui de son dire Mr Wyn-

(1) Voir. *Annales de l'Universisé de Bruxelles,* t. III, pages 249 et suiv. ROMMELAERE, *Du diagnostic du cancer.*

ter Blyth a rapporté l'histoire de trois personnes qui avaient successivement habité la même maison et qui sont devenues cancéreuses. « Un étranger qui visitait sou-
» vent cette habitation est devenu cancéreux ; sa nièce
» également ; est-ce là une simple coïncidence? Ne vaut-il
» pas mieux invoquer la contagion plutôt que cette soi-
» disant *prédisposition individuelle*, (la diathèse) *mysté-*
» *rieuse*, *héréditaire* restée si *longtemps latente* (1)?? »

Si l'on considère cliniquement et histologiquement que toute tumeur néoplasique provient d'un *élément normal* de l'organisme dévié simplement de son type primitif (2) ; si le tissu formant une tumeur trouve son type dans un tissu de l'organisme soit à l'état embryonnaire, soit à l'état adulte (J. Müller), sera-t-il nécessaire d'admettre la diathèse *latente* ou *préexistante* pour expliquer le développement de ces tumeurs dans un endroit quelconque de l'économie?

La clinique ne nous enseigne-t-elle pas tous les jours que ce sont les organes les plus exposés aux violences,

(1) Voir *Bulletin médical de Paris*, 2e année, no 4.

ARMAND GAUTHIER, *ouvr. cité*, t. II, pp. 360 et 363.

RABUTEAU. *Eléments d'urologie*, Paris, 1875, p. 86 et suiv.

Dr G. HARLEY, traduit de l'anglais par le dr L. HAHN. *De l'urine et de ses altérations pathologiques*, p. 66 et suiv.

Dr ROBERT BARNÈS, chirurgien de l'hôpital St-Thomas à Londres. *Traité clinique des maladies des femmes* ; traduction par le dr CORDES. Paris, 1876, v. p. 686 et suiv.

Dr COPLAND. *Diction of pract medecine*, art. *Cancer*, p. 282.

Dr CARSWELL. *The cyclopoedia of pract med.*, art. *Scirrhus*.

Dr VIRCHOW. Travail sur *le Cancer*.

Dr BOUGARD. *Etude sur le cancer*. Bruxelles, 1882, p. 466 et suiv.

Dr DECHAMBRE. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. 29e. Paris, 1884, p. 250 et suiv.

E. DE RENZI. *Variazoni della quantita della urea segreta giornalmente in diverse malatie annali univers de med.*, août 1881.

RAMTY. *Essai sur les variations de l'urée dans la tuberculose*. Thèse de Lyon, 1882.

RONSIN. *Variations de l'urée, des phosphates et des chlorures dans la tuberculose*. Thèse. Paris, 1883.

(2) Voir LABOULBÈNE. *Anatomie pathologique*. Paris, 1879, p. 882 et suiv.

au traumatisme qui présentent le plus souvent des altérations cancéreuses? Le cancer de la lèvre chez les fumeurs, l'épithélioma, les sarcomes encéphaloïdes, les squirrhes de la mamelle, les épithéliomas du col utérin, conséquence fréquente des avortements provoqués, des déchirures du col dans les accouchements trop précipités ou par l'application intempestive du forceps? L'ulcère mélanique de l'estomac et le carcinome glandulaire de cet organe chez les grands mangeurs, les buveurs d'alcool et les personnes qui mangent avec avidité, avalent des os de grives, des arêtes de poissons, des condiments irritants ou des liquides brûlants?

Pour le clinicien qui voit et qui observe beaucoup, il est rare qu'il ne découvre pas dans un cas de cancer la cause déterminante, occasionnelle de cet horrible mal sans devoir toujours recourir à la diathèse *préexistante*, ce mythe qu'on voudrait ériger en dogme, que le plus grand nombre admet et dont personne ne peut établir l'existence ni par la chimie, ni par l'histologie, ni par la clinique !

La question du diagnostic de la diathèse cancéreuse et des tumeurs malignes au moyen de l'hypoazoturie nous paraît si importante, au point de vue surtout du traitement de ces tumeurs, que nous ne nous sommes pas contenté de réfuter les propositions du docteur Rommelaere par l'opinion et les travaux de chirurgiens distingués et de physiologistes, par les résultats de nos observations personnelles ; mais nous nous faisons un devoir d'invoquer les propres travaux du professeur Rommelaere pour établir l'erreur de ses conclusions.

Si les tumeurs cancéreuses ou malignes sont toujours le résultat d'une diathèse *préexistante*, si l'hypoazoturie est la caractéristique de cette diathèse, il est évident que

chaque fois que l'hypoazoturie sera constatée dans un cas de tumeur quelconque, il n'y aura plus à songer qu'à l'expectation; car ce serait une faute grave d'opérer encore ces tumeurs, puisque l'opération ne peut que réveiller la diathèse *qui dort plus ou moins* et provoquer les fatales et rapides répercussions diathésiques signalées par Verneuil. D'autre part, chaque fois que dans un cas de tumeur l'hypoazoturie ne sera pas constatée, on aurait la certitude d'avoir affaire à une tumeur bénigne et l'expectation serait encore indiquée. Or, la clinique nous prouve que les choses ne se passent pas toujours ainsi; que les tumeurs les plus bénignes en apparence au début sont ou deviennent des tumeurs malignes, dans un temps plus ou moins éloigné, et l'expérience établit que bien des tumeurs opérées à leur début par le caustique sauvent la vie des malades et n'ont point de récidive.

Si nous analysons les observations du docteur Rommelaere (1), nous trouvons que ces observations cliniques sont divisées en deux catégories :

1° Les cancers dont le diagnostic était si évident qu'il avait pu être établi sans le secours de l'analyse des urines;

2° Les cas dans lesquels les lésions, quoique graves, n'étaient point cancéreuses.

Dans la première catégorie le professeur Rommelaere donne l'observation de 34 cas de cancers *confirmés* et *incurables* répartis comme suit :

a. Huit cas de cancer de l'estomac présentant une moyenne de 6 à 11 grammes d'urée en vingt-quatre heures; six de ces huit cas sont morts environ trente jours après leur entrée à l'hôpital; l'hypoazoturie et

(1) Voir *Annales de l'Université de Bruxelles, du diagnostic du cancer,* tome III, p. 259 et suiv.

l'hypochlorurie ont été constantes et progressives. A notre avis, dans ces six cas, la cachexie n'était pas douteuse, la diathèse n'existait donc pas et ne pouvait être confondue avec la cachexie que les autopsies ont très bien établie.

Quant aux deux autres cas qui ne laissaient aucun doute sur le diagnostic du cancer confirmé, ils ont quitté l'hôpital après un très court séjour, et M. le professeur Rommelaere ne nous dit pas ce qu'ils sont devenus.

b. Deux cas de cancer du foie dans lesquels la moyenne quotidienne de l'urée est descendue de 10 grammes 50 centigr. à 5,61 grammes.

La mort a été très rapide à partir du moment où l'hypoazoturie s'est abaissée en-dessous de 8 grammes par jour. L'existence de la cachexie et non de la *diathèse* nous paraît encore parfaitement établie dans ces deux observations.

c. Huit cas de cancers de l'estomac et du foie dans lesquels la moyenne quotidienne de l'urée fut de 10,91 grammes. Ils ont vécu de dix jours à trois mois à partir du moment où l'hypoazoturie a été reconnue constante et progressive et les autopsies ont démontré, à notre avis, l'existence de la *cachexie* et non de la *diathèse* cancéreuse.

d. Quatre cas de cancer à nombreuses localisations (foie, poumons, pancréas colloïde de l'intestin) ont donné une moyenne quotidienne d'urée de 9,26 gram. Deux d'entre eux ont encore vécu vingt-six jours, le troisième, trente jours et le quatrième, cinquante jours. L'autopsie dans deux cas, où elle a pu être pratiquée, nous semble avoir bien démontré la cachexie et non la diathèse cancéreuse puisque l'économie était imprégnée de néoplasies cancéreuses; si la cachexie n'existe pas

dans pareils cas nous serions heureux de savoir où et quand on peut la trouver.

e. Douze cas de cancer utérin dont la moyenne quotidienne d'urée a été de 9,29 grammes. De ces douze cas huit sont morts après un séjour à l'hôpital de vingt jours à huit mois, l'autopsie, à notre avis, a encore révélé l'existence de la cachexie cancéreuse. Les quatre autres cas ont quitté l'hôpital sans aucune amélioration (1).

En lisant attentivement les trente-quatre observations de cancer confirmé, produites par le professeur Rommelaere, on est frappé des faits suivants :

1° Tous ces cas de cancer évident sont arrivés à la troisième période du cancer confirmé et généralisé dont le développement a entravé les fonctions vitales du sujet et en a altéré profondément l'économie ;

2° La cachexie, ce génie précurseur de la terminaison fatale, a donc envahi l'économie, et l'hypoazoturie ainsi que l'hypochlorurie augmentent progressivement et d'une façon constante à mesure que la fin approche ;

3° Dans quelques cas, très rares il est vrai, où la mort s'est fait attendre de quatre à six mois, nous voyons par les tableaux intéressants et remarquables de l'analyse des urines, dressés par le docteur Rommelaere, qu'à certains jours la *quantité d'urée se relève un peu*. Il est regrettable que ces observations, pour être complètes, ne donnent aucun renseignement sur l'état général du malade pendant ces jours meilleurs : sur sa nourriture, sa digestion, son pouls, sa température, sa respiration, sur l'analyse et la pesée de ses excréments solides, par lesquelles on pourrait, par déduction des déchets, constater la quantité exacte d'aliments absorbés, car on ne se nourrit

(1) Voir Rommelaere. Du diagnostic du cancer, *Annales de l'Université de Bruxelles,* p. 259 et suiv., tome III.

pas de ce qu'on mange mais bien de ce qu'on digère. On n'a pas tenu compte non plus des produits éliminés par la surface cutanée, on ne nous dit pas si pendant ces jours où la quantité d'urée a augmenté sensiblement, les malades s'adonnaient à un exercice au grand air, ou s'ils étaient atteints de fièvre d'accès, ce qui, d'après les auteurs, augmente la production de l'urée.

Tout le monde sait que les variations de production d'urée dépendent surtout de la nature et de la quantité des aliments; que l'urée diminue par la diète; que l'alimentation azotée (albuminates, gélatine ou tissus à gélatine) porte la production d'urée au maximum (1).

Des boissons abondantes diminuent la proportion d'urée par litre d'urine excrétée. L'addition du sel marin en plus ou moins grande quantité aux aliments, augmente la production d'urée.

D'après Voit les mouvements musculaires augmentent la production d'urée; ce qui nous paraît très rationnel, puisque l'urée peut se définir le dernier produit (*excrémentitiel*) de la *combustion organique, physiologique et pathologique* (2).

Les autopsies des cas, décrits par Rommelaere, nous montrent les progrès et les désastres du mal; la localisation primitive du cancer, sa propagation successive aux organes voisins et dans toute l'économie en suivant surtout le trajet des vaisseaux lymphatiques pour aboutir aux ganglions lymphatiques qui s'altèrent progressivement et deviennent à leur tour cancéreux. Dans tous ces

(1) Voir V. W. Wundt. *Physiologie humaine*, p. 331.
(2) Voir Wundt. *Physiologie humaine*, p. 333 et suiv.
Docteur Letourneau. *Biologie*, p. 161 et suiv.
Docteur Rabuteau. *Urologie*, p. 86 et suiv.
Docteur S. Laache. *Guide pratique de l'analyse des urines*, p. 20, traduction française de M. X. Francotte. 1885.
Docteurs Kuss et Duval. *Physiologie*, p. 453 et suiv. Paris, 1883.

faits qui constituent un processus morbide, une évolution régulière d'un néoplasme, une pathogénie progressive, nous ne pouvons trouver le moindre germe, ni l'indice même d'une *diathèse préexistante ;* mais nous suivons pas à pas la marche d'un mal débutant localement, se propageant d'un point donné initial vers la périphérie et infectant de proche en proche toute l'économie, jusqu'à ce que l'empoisonnement général du sujet le livre à toutes les tristesses et à toutes les désespérances de la cachexie fatale.

Pour que l'hypoazoturie ait une valeur réelle dans le diagnostic du cancer et des tumeurs malignes, elle devrait exister non pas dans la dernière période des affections cancéreuses, mais aussi et surtout dans la première période de cette maladie, au début de cette affection. Ah ! si l'hypoazoturie existait alors, cette découverte ne serait point un *leurre ;* elle établirait sûrement la diathèse cancéreuse préexistante ; cette pauvre diathèse qui satisfait bien des savants au détriment des malades et qui conduit à une intervention chirurgicale trop tardive ou à une expectation désastreuse ! Mais on ne trouve généralement l'hypoazoturie constante que chez les cancéreux cachectiques ou *in extremis*. Nous ne l'avons même pas rencontrée chez des sujets atteints de cancers opérés par le bistouri et récidivés. Dans ces cas l'hypoazoturie constante n'apparaissait que lorsque les symptômes de l'épuisement général du malade se manifestaient et que la cachexie devenait évidente par tous les symptômes cliniques qui n'échappent pas au praticien expérimenté. Par conséquent nous concluons, contrairement à l'opinion du professeur Rommelaere et conformément à ses observations, que : « *La cachexie et non le cancer est*

le résultat d'une viciation de la nutrition intime et que l'hypoazoturie constante est un des effets de la cachexie. »

Dans la deuxième catégorie de malades présentant des lésions non cancéreuses, le professeur Rommelaere donne l'observation de six cas dont *un de dyspepsie simulant le cancer de l'estomac* (!) et cinq cas d'ulcère simple de l'estomac dont quatre suivis de guérison et un de mort. L'autopsie de ce cinquième cas a constaté (v. Rommelaere *loco citato*) une gastrite ulcéreuse dont l'inflammation progressive a déterminé des adhérences nombreuses avec les intestins, le foie; un rétrécissement de l'orifice pylorique et la destruction par l'ulcère d'une grande partie de la paroi stomacale dans une étendue de plus de six centimètres. Le foie est adhérent à l'estomac par son lobe gauche et présente à ce point d'adhésion, grand comme la paume de la main, des *nodosités dures et résistantes de la grosseur d'une noisette* et dont le professeur Rommelaere ne spécifie pas la nature, pas plus qu'il ne nous renseigne sur l'état des ganglions lymphatiques de cette région. Aucun examen microscopique n'a été fait ni des nodosités ni des parois de l'ulcère.

Ces six observations sont pour nous d'une très grande importance; en effet, les symptômes cliniques sont ceux de la gastrite parenchymateuse ulcéreuse et non pas du cancer pour les cinq premiers cas. Les malades sont bien émaciés, affaiblis par l'atrepsie et les autres causes morbides mais rien qui puisse faire songer à la *cachexie*. Aussi l'hypoazoturie n'est pas constante; au contraire on voit la moyenne quotidienne de l'urée se maintenir et même augmenter à mesure que l'embonpoint se produit et que la nutrition du sujet se réveille. Dans aucun de ces cas l'engorgement dur des ganglions, qu'on ren-

contre toujours dans le cancer à la troisième période, n'est signalé.

L'examen microscopique des matières vomies n'a jamais été fait, ce qui nous étonne dans un service de clinique où le diagnostic ne saurait jamais être trop précis. En un mot, ces malades n'étaient atteints que d'une affection curable, pas maligne du tout, et ne pouvant par conséquent déterminer *la cachexie ;* aussi il n'y avait et ne pouvait y avoir d'hypoazoturie constante et la guérison devait se produire, comme elle s'est heureusement produite.

Quant à l'observation du sixième cas : « *Ulcère de l'estomac considéré comme un cancer, mais non cancéreux d'après l'autopsie et suivant Rommelaere* » elle est pour nous d'une importance capitale : le malade est entré à l'hôpital le 6 mars 1881 dans un état grave (*voir observation loco citato*). Le 20 mai, il fut atteint, pour la première fois, d'hématémèse qui se renouvela les jours suivants ; le malade s'affaiblit de plus en plus et succomba le 30 juin.

L'autopsie que nous avons résumée ci-dessus fut pratiquée le 2 juillet.

M. le professeur Rommelaere fait ressortir deux périodes dans la maladie de cet homme durant son séjour d'environ quatre mois à l'hôpital :

Dans la première période, du 10 mars au 18 mai, les cinq analyses d'urines pratiquées le 12 mars, le 24 mars, le 25 mars, le 11 avril et le 18 mai, donnent une différence notable dans la moyenne quotidienne de l'urée et des chlorures, dont la quantité reste assez élevée et s'élève progressivement à mesure que l'état du malade s'améliore ; en effet :

	Quantité d'urine.	Urée.	Chlorures.
12 mars 1882	1100 gr.	11,38 gr.	9,17 gr.
24 — —	1900 —	14,78 —	18,57 —
25 — —	2400 —	21,10 —	17,94 —
11 avril —	2300 —	17,69 —	22,48 —
18 mai —	600 —	21,56 —	

Le 20 mai survient l'hématémèse le seul signe qui jusqu'ici, d'après Rommelaere (1), manquait à ce malade pour faire admettre l'existence du cancer de l'estomac! l'hématémèse se renouvela les jours suivants, et le 21 mai on trouve pour 400 grammes d'urines 13,07 d'urée et 0,92 de chlorures;

Le 22 mai, pour 600 grammes d'urines, 12,36 d'urée et 1,38 de chlorures;

Le 23 mai, pour 300 grammes d'urines, 9,27 d'urée et 0,67 de chlorures.

On voit donc, sous l'influence de l'hématémèse et de l'épuisement du malade par les hémorragies et l'atrepsie, l'urée descendre de 21,56 grammes à 13,07 et les chlorures à 0,92. L'hypochlorurie et l'hypoazoturie deviennent constantes et progressives jusqu'à la mort du malade et, dans ce cas où la *diathèse* n'existe pas de l'aveu même du professeur Rommelaere, elles doivent être le résultat de l'épuisement du malade et de son atrepsie. Mais alors, pourquoi dans tous les autres cas cités plus haut ne seraient-elles pas aussi le résultat des causes d'épuisement, de la cachexie?.... et non pas *de la diathèse préexistante* que rien ne fait encore découvrir.

Le résultat de l'autopsie dans le cas cité ci-dessus nous parait encore très important; sans vouloir nous prononcer d'une manière absolue sur la nature des nodosités dures du lobe gauche du foie, nous ne saurions

(1) *Annales de l'Université de Bruxelles,* 1882, p. 308.

nous passer de dire qu'elles ne ressemblent pas mal à des productions squirrheuses. Il est regrettable que cette autopsie soit faite si incomplètement ; car à part l'ulcère de l'estomac, qui pourrait très bien être un ulcère cancéreux, *au lieu de le paraître,* et les adhérences de cet organe aux organes voisins, aucun renseignement précis ne nous est donné sur l'état pathologique des ganglions mésentériques ni du lobe gauche du foie si profondément altéré ; l'examen microscopique de l'estomac, du foie, des ganglions et des nodosités dures a été négligé, ce qui cependant nous paraît absolument essentiel. Quant aux signes cliniques, le professeur Rommelaere nous dit *(loco citato)* qu'ils existaient tous pour poser le diagnostic du cancer, excepté l'hématémèse ; or l'hématémèse se produit le 20 mai, donc tous les signes cliniques pour le diagnostic du cancer existent alors ; le malade succombe en quelques jours et l'autopsie, faite *incomplètement*, semblerait établir que l'affection était de nature cancéreuse ; mais peu importe, le malade a succombé à un état cachectique, à l'épuisement et l'hypoazoturie a été un des signes évidents de cette cachexie. Donc, encore une fois l'existence de la diathèse nous échappe ici, même et surtout si le microscope avait prouvé l'existence du cancer ! Mais on a oublié l'examen microscopique !

Nous croyons donc que cette seconde série de faits invoqués par le professeur Rommelaere, aussi bien que la première, confirme la réalité de nos propositions énoncées plus haut.

Nous devons à l'obligeance de notre ami, M. Denayer, pharmacien chimiste à Bruxelles, le résumé analytique, extrait de son livre de laboratoire, d'analyses faites dans treize cas d'affections cancéreuses bien déterminées qui

confirment en tout points nos opinions énoncées ci-dessus :

1. M. B., cancer, opération, guérison sans récidive; analyse le 14 octobre 1882 : urée 11 gr. 70. Chlorures indéterminés.

2. M. W., papillôme à l'aîne; opération par le bistouri; récidive : urée 5 gr. 730. Chlorures indéterminés.

3. Mme B., cancer du sein; opération sanglante; récidive; *cachexie*; analyse le 15 novembre 1881 : urée 4 gr. 0,58. *Décédée en janvier* 1882.

4. Mme M., tumeur du sein, renseignements insuffisants; analyse le 29 septembre 1882; urée 16 gr. 428. Analyse le 1er octobre 1882; urée, 9 gr. 789. *Décédée en décembre* 1882.

5. M. L., cancer du bras. Récidive. Guérison complète; analyse du 14 novembre 1882; urée, 5 gr. 678.

6. Mme M^{n}., cancer du sein; l'opération sanglante échoue, récidive; guérison radicale par le caustique, analyse du 14 février 1883; urée 29,444. Chlorures, 3,507.

7. Mme D., cancer de la matrice. Analyse du 18 février 1883; urée 14 gr. 410.

8. M. G., cancer villeux de la vessie. Analyse du 9 mars 1883; urée 2,0692. Chlorures, 7,198. *Décédé le 28 mars* 1883.

9. M. S., cancer de la joue, guérison par le caustique. Analyse du 20 mars 1883; urée, 14,291. Chlorures, 6,661.

10. Mme O., cancer du sein, opéré par le bistouri; récidive; opération par le caustique, guérison : Analyse du 30 juin 1884. Urée, 28,127. Chlorures, 14,650.

11. M. D., cancer du bras, récidive après opération par le bistouri; cachexie. Analyse du 2 décembre 1886;

urée, 14,460. Chlorures, 13,445. *Mort le* 10 *décembre* 1886.

12. M. R., cancer du bras. *Mort le* 10 *mai* 1887. Analyse du 3 mai 1887; urée 6 gr. 318. Chlorures, 6,432.

13. Mme V., cancer du sein gauche, opération sanglante, guérison suivie de récidive; le sein droit devient cancéreux, 2e opération sanglante, suivie de récidive, 3e opération sanglante, cachexie. *Morte le* 12 *avril* 1883. Analyse le 17 novembre 1882; urée 14,09. Albumine 1,48. Analyse du 9 avril 1883; urée, 16,009. Chlorures, 2,913. Analyse du 10 février 1883; urée, 38,766. Chlorures, 3,58.

Il nous semble avoir démontré à l'évidence, par l'étude des faits cliniques, que l'hypoazoturie constante et progressive est un des symptômes multiples des cachexies et n'est point la *caractéristique* de la *diathèse cancéreuse préexistante*.

A notre avis, il n'est point nécessaire d'avoir recours à cette diathèse, que rien jusqu'ici n'est encore venu démontrer, pour expliquer la marche des affections malignes ou cancéreuses et se rendre compte des difficultés de leur guérison dans un certain nombre de cas, et de l'impossibilité de leur cure radicale dans d'autres. Nous ne croyons pas que le cancer fasse exception aux lois qui régissent la *physiologie pathologique* de toutes les affections morbides, et nous pensons que l'étude simple et attentive des faits cliniques peut jeter un grand jour sur la question si controversée : « *l'étiologie et la genèse des tumeurs malignes et cancéreuses.* »

Il ne s'agit plus aujourd'hui de la *cellule cancéreuse* spéciale ou *spécifique de Lebert* (1). Déjà Raspail, en 1827,

(1) Voir *Bulletin de l'Académie de Paris*, séances des mois d'octobre, de novembre et de décembre 1854.

étudiant de front les tissus animaux et végétaux, publiait dans le *Bulletin des sciences naturelles* le résultat de ses recherches et affirmait que toutes les parties organisées, tous les tissus se forment aux dépens de vésicules élémentaires, microscopiques. La même année Raspail, dans son mémoire si remarquable sur le tissu adipeux publié dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie* de Breschet, explique comment de nouvelles cellules se développent dans l'intérieur des anciennes, et comment ces cellules donnent naissance aux tissus cellulaire définitif et autres. Hippolyte Royer Collard émet les mêmes idées en 1826, à la Société anatomique de Paris, et dans son travail publié en 1828 il complète la théorie cellulaire de Raspail en l'étendant des tissus normaux aux tissus pathologiques. En 1834 Muller, tout en se perdant dans les dédales d'une classification des tumeurs, démontrait que les cellules physiologiques peuvent devenir pathologiques et que les tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes. Les préoccupations de classification des tumeurs de la part de ces auteurs amenèrent des confusions et des appréciations aussi singulières que contradictoires et pendant qu'on voit Lebert, armé du microscope, affirmer pour établir ses classifications basées *sur l'homéomorphisme* (épithéliome, tumeurs fibro-plastiques, chondroïdes, mélaniques) qui constituaient pour lui les tumeurs bénignes, c'est-à-dire formées de tissus normaux, et l'*hétéromorphisme* (tumeurs malignes formées par des éléments étrangers à l'organisme, par la cellule cancéreuse et par leur tendance à envahir et à ruiner l'économie) ; nous voyons l'illustre observateur Velpeau, démontrer cliniquement que l'épithélioma et le cancroïde de la lèvre récidivent aussi bien que le cancer, repullulent sans continuité aucune dans

l'épaisseur des os, dans le corps et dans la branche du maxillaire, se manifestent dans les organes internes, tels que le foie et les autres viscères; en un mot, envahissent l'économie avec toutes les manifestations de la cachexie, ce qui fait dire à Velpeau que le cancroïde et l'épithélioma *c'est le cancer* (1)!

En 1855, Virchow publiait des observations de généralisation de cancroïdes et contestait la spécificité de la cellule cancéreuse de Lebert ; et, ce qui est pour nous de la plus haute importance, le grand histologiste allemand démontrait qu'il est impossible de distinguer *la cellule cancéreuse des cellules normales;* Gubler, Robin, Luys se déclarent aussi partisans des idées de Virchow. On le voit la clinique n'a point désarmé devant le microscope et les observations de Velpeau, combattues un instant par Lebert, retrouvent leur consécration dans l'observation des micrographes, tels que : Robin, Luys, Virchow, etc.

La perspicacité de l'illustre chirurgien français, l'étude et la coordination des faits ébranlèrent les idées préconçues des micrographes et les firent revenir à une plus saine observation; aussi les voit-on, pour la plupart, abandonner bientôt leurs théories de la spécificité de la cellule cancéreuse et de l'hétéromorphisme pour établir une doctrine plus en rapport avec l'observation simple des faits, dégagée en histologie comme en clinique de toute théorie préconçue ou spéculative. Robin et Gubler n'admettent bientôt plus les tissus hétéromorphes; ils rattachent *aux tissus embryonnaires primordiaux ou naturels de l'organisme les différentes formes de cellules*, *de*

(1) Bougard. *Études sur le cancer.* Bruxelles, Manceaux, 1882, pp. 41 et suiv.
Velpeau. *Revue médicale,* 1825, t. I. 1826, t. III, p. 77.

noyaux ou de fibres que le microscope fait voir dans les tumeurs cancéreuses ou autres. Delafond soutient alors que la cellule cancéreuse ne se distingue par aucun caractère fixe des cellules des tissus normaux, et qu'il n'est pas possible de les distinguer les unes des autres. N'est-ce pas établir *l'impossibilité d'une diathèse préexistante*, puisque l'individu le mieux constitué physiologiquement et histologiquement peut devenir cancéreux, sans qu'on puisse découvrir d'élément histologique ou pathologique primordial et spécifique de cette affection? L'étiologie du cancer et des tumeurs malignes ne doit-elle pas être recherchée ailleurs? Et n'est-ce pas encore la clinique qui doive se charger d'élucider cette question?

On donnait autrefois le nom de *tumeur* à toute tuméfaction anormale, aujourd'hui le nom de TUMEUR est réservé exclusivement « *à toute masse constituée par un tissu de formation nouvelle* (*néoplasme*) *ayant de la tendance à persister et à s'accroître* » (Cornil et Ranvier).

On a donné de nombreuses classifications des tumeurs dont les principales sont celles de Virchow, de Lebert, de Billroth, de Cornil et Ranvier, pour les détails desquelles nous renvoyons nos lecteurs à l'excellent *Traité d'anatomie pathologique* du docteur Abadie Leroy. Paris, 1887.

La loi de J. Muller ainsi formulée :

« *Tout tissu qui constitue une tumeur a toujours son type dans un tissu de l'organisme, à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet* » semble faire table rase de toutes ces classifications fantaisistes des tumeurs qui, à notre avis, ont servi bien plus à égarer le praticien dans sa conduite à tenir envers les pauvres malades, qu'à éclairer la science pour le profit de l'humanité.

A quoi bon en effet au point de vue pratique et cli-

nique (le seul réel en médecine et en chirurgie), cette classification de Virchow en quatre classes de tumeurs :

1° *Les hématomes ;*

2° *Les kystes ;*

3° *Les tumeurs par prolifération des éléments qui constituent les tissus de l'organisme :*

A. Les HISTIOÏDES,

B. Les ORGANOÏDES,

C. Les TÉRATOÏDES ;

4° *Les tumeurs formées par la réunion de plusieurs tumeurs des trois classes précédentes.*

Ce que nous voyons de plus clair dans cette classification, c'est que les tumeurs les plus simples peuvent se compliquer à un moment donné des divers éléments qui constituent toutes les tumeurs, et que par conséquent la tumeur la plus *bénigne* à son début peut devenir la plus *maligne* ultérieurement (1).

Ceci nous paraît la réfutation péremptoire de toute idée de *diathèse cancéreuse préexistante.* Mais comme conclusion pratique, nous ne voyons autre chose que la mise en garde contre les tumeurs même bénignes et le devoir de les enlever le plus tôt possible, quand elles ne passent pas à résolution par les moyens thérapeutiques. Cela prouve encore en faveur du procédé opératoire par les caustiques, puisqu'il est facile, innocent, prompt et sûr.

Quant à la classification de Lebert, en tissus *homéomorphes* et tissus *hétéromorphes*, les progrès et les découvertes de l'histologie l'ont réduite à néant. La classifica-

(1) Note extraite du *Dictionnaire encyclopédique* du docteur Dechambre, t. XVIII, p. 338. *Tumeur :* « Déjà nous avons dit que M. Rommelaere (de Bruxelles) avait voulu faire de l'abaissement considérable de » l'urée un signe des tumeurs malignes. Les recherches auxquelles » nous nous sommes livré, nous ont permis de combattre ces conclu- » sions. Déjà M. A. Robin était arrivé au même résultat que nous. Le » chiffre de l'urée est en effet soumis à tant de conditions diverses qu'il » est bien difficile d'en faire un signe de quelque valeur. »

tion de Billroth a cela d'intéressant, c'est qu'elle n'en est pas une au point de vue clinique et scientifique ; c'est une classification qu'on pourrait dire : « après coup » et qui dépendrait tout autant de la perspicacité opératoire du chirurgien, de son procédé, de son adresse que de la nature plus ou moins maligne de la tumeur ; en effet cette classification divise les tumeurs en :

1° *Tumeurs bénignes qui ne récidivent pas (lipomes fibromes) ;*

2° *Tumeurs en général bénignes mais qui peuvent devenir infectieuses, malignes et récidiver (sarcomes, adénomes) ;*

3° *Tumeurs à développement rapide, à récidive habituelle et devenant promptement infectieuses (carcinome).*

En vérité cette classification ne manque pas d'originalité ; en effet n'importe quelle tumeur, bénigne ou maligne, trouvera sa place dans une des trois catégories de la classification de Billroth, suivant la manière dont elle se comportera dans un temps plus ou moins long *après l'opération,* car pour qu'une tumeur puisse être bien classée il faut absolument qu'elle ait été opérée et qu'elle nous ait montré sa manière de se comporter après, puisque suivant notre opinion, basée sur l'expérience des faits, la *récidivité* des tumeurs opérées dépend bien plus de leur période de développement et du procédé opératoire suivi que de leur nature bénigne ou maligne, puisque toutes les tumeurs sont *bénignes* dans leur première période, où elles ne compromettent pas l'existence, et sont *malignes* arrivées à la troisième période de leur développement qui devient incompatible alors avec l'existence du sujet.

Franchement nous ne croyons guère à l'utilité de pareilles données cliniques et scientifiques pour les patients atteints de tumeurs quelconques !

Quant à la classification de Cornil et Ranvier, la seule

à la fois clinique et histologique, elle est fondée sur l'analogie du tissu des tumeurs avec les tissus de l'organisme, *embryonnaires ou définitifs*. Elle est la consécration de la loi de J. Muller et, en jetant un jour lumineux sur la formation et le développement des néoplasmes, elle guide sûrement le praticien dans sa conduite à tenir envers ses malades. C'est là tout le secret de la science médicale et chirurgicale résumé dans l'immortel aphorisme d'Hippocrate : « *Prévenir d'abord, guérir ensuite et enfin soulager.* »

Il résulte de la classification de Ranvier et Cornil que les tumeurs peuvent être classées en 1° TUMEURS BÉNIGNES, c'est-à-dire n'infectant pas l'économie et n'étant pas sujettes à récidiver après l'opération : telles *que les myxomes*, *les fibromes*, *les lipomes*, *les ostéomes*, *les papillomes*, *les adénomes*, *les kystes*, *les myomes*, *les angiomes et les névromes*.

Ces diverses tumeurs ne sont formées que de tissus organiques, par hyperthrophie ou hyperplasie de ces tissus et ne deviennent graves, ne compromettent l'existence que par leur développement *excessif* qui empêche les fonctions de quelque organe essentiel à la vie ; ou par la gangrène ou ulcération de ces tissus exubérants, prolifiques ; cette période pathologique de tumeurs bénignes en elles-mêmes, mais arrivées à un développement incompatible avec leur vitalité ou celle des organes voisins, détermine des accidents septiques gangréneux et autres qui compromettent alors l'existence du sujet et amènent une issue fatale.

2° EN TUMEURS MALIGNES, c'est-à-dire formées de tissus embryonnaires ne pouvant atteindre leur organisation *définitive* et par conséquent *éphémères*, frappés de mort à leur origine et devant subir plus ou moins rapidement et à mesure de leur développement exagéré la décomposition organique entrainant avec elle le développement

progressif des éléments septiques et des ptomaïnes qui empoisonnent peu à peu l'économie et déterminent les phénomènes graves de la *cachexie* qu'on confond, à notre avis, trop souvent avec la diathèse préexistante.

Ces tumeurs malignes sont, d'après Cornil et Ranvier :

Les sarcomes, les lymphadénomes;

Les *carcinomes;*

Les *tubercules;*

Les *gommes syphilitiques;*

Les *chondromes* à tissus embryonnaires;

Les *épithéliomes*, surtout ceux à forme embryonnaire.

Toutes ces tumeurs malignes, c'est-à-dire *formées de tissus embryonnaires*, éphémères ayant le génie de se reproduire avec d'autant plus de rapidité et d'abondance que leur existence est plus limitée et cela en raison des lois fatales de l'existence, mises en lumière par les immortels travaux de Darwin et de Pasteur, ces tumeurs composées d'éléments embryonnaires caducs, empoisonnent rapidement l'économie, vicient le sang dans lequel se déversent les produits pathologiques et septiques de la *nécrobiose cellulaire* qui détermine les phénomènes graves de la *cachexie!*

Nous pouvons donc, nous semble-t-il, en nous appuyant sur les données exactes de la clinique et de l'histologie actuelles, dire qu'il n'y a qu'une seule classification rationnelle des tumeurs, comme l'ont établie Cornil et Ranvier.

1° Les *tumeurs bénignes* formées d'éléments histologiques semblables aux tissus physiologiques de l'économie.

2° Les *tumeurs malignes* formées d'éléments embryonnaires ne pouvant atteindre une organisation définitive, et par conséquent éphémères, doués d'une hypergenèse égale à leur nécrobiose organique. Cette nécrobiose cellulaire est la cause de l'empoisonnement plus ou moins

rapide de l'économie et par conséquent détermine dans un temps plus ou moins rapproché les phénomènes de la cachexie, dont les derniers et les plus graves sont l'*hypoazoturie* et l'*hypochlorurie constantes et progressives.*

Voilà les données exactes que l'histologie nous fournit sur la genèse des tumeurs et qui établissent en même temps la notion de la loi du développement des micro-organismes : « Les *bactéries et les micro-organismes ne* » *peuvent naître et se multiplier que dans des milieux et sur* » *des terrains favorables à leur croissance et bien préparés* » *pour leur développement.* »

Mais la clinique a encore un champ plus vaste et nous apprend par l'observation constante des faits que les tumeurs *bénignes* peuvent, par leur développement exagéré, compromettre l'existence et entraîner la mort des malades aussi bien que les *tumeurs malignes.*

Mais si le résultat fatal est identique, le mécanisme n'est pas le même et il est de la plus haute importance pour le praticien soucieux du sort des patients qui lui sont confiés, d'étudier sérieusement cette question.

Dans les tumeurs *bénignes* que faut-il redouter ?

Le développement exagéré de ces tumeurs qui se trouvant dans un organe ou une cavité du corps doivent tôt au tard compromettre sérieusement l'économie par *leur envahissement.* Dans ce cas, l'importance d'un diagnostic précis, fait le plus tôt possible, s'impose.

Le médecin doit suivre avec la plus grande attention le développement du néoplasme, et dès que celui-ci prend des proportions telles que les fonctions d'organes essentiels à la vie peuvent être troublées ou entravées, il y a lieu de faire procéder à une opération radicale du néoplasme, quand elle est possible, et dans ce cas, je n'hésite pas à proclamer la supériorité de l'instrument tranchant.

Il ne faut pas ignorer que les tumeurs bénignes ont plusieurs périodes de développement :

1° Apparition et développement progressif lent et indolore, en quelque sorte latent.

2° Développement plus ou moins rapide et considérable sans phénomènes morbides bien marqués.

3° Ulcération de ces tumeurs soit par compression dans des parties osseuses (tumeurs du bassin, des os, etc.) amenant la gangrène ; soit par défaut de nutrition dans leur périphérie à cause d'un développement exagéré et déterminant l'ulcération, soit enfin par l'inflammation et la suppuration du néoplasme.

On voit que, dans un cas comme dans l'autre, l'existence du sujet est gravement compromise et que par conséquent la sagacité du praticien ne saurait être assez grande pour engager le malade à prendre une résolution en temps opportun.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que les tumeurs bénignes peuvent devenir *malignes*, et il n'est pas rare de voir des sarcomes revêtir la forme de carcinomes encéphaloïdes ; des ulcères syphilitiques ou tuberculeux se compliquer d'épithéliomas. Nous avons très souvent rencontré ces cas dans notre pratique et ce sont peut être ces *dégénérescences, comme on disait autrefois*, qui ont été la base de la classification de Lebert : « L'*homeomorphisme* et l'*hétéromorphisme* » qui nous paraît singulière et inadmissible aujourd'hui.

Conclusions pratiques :

Nous croyons avoir demontré :

1° Que les tumeurs *bénignes* ou *malignes* exigent la plus grande attention de la part du médecin qui doit recourir à tous les procédés et moyens possibles pour en déterminer exactement la nature et faire un diagnostic précis.

2° Que dans les tumeurs *bénignes* le médecin ne peut rester inactif; qu'il doit avoir recours aux divers moyens thérapeutiques indiqués, et que si le développement exagéré de ces tumeurs venait à compromettre l'existence en entravant les fonctions d'un organe important, il faudrait recourir *à temps* à une *opération radicale*.

3° Dans les tumeurs *malignes* ou qui le paraissent à leur début, le seul moyen c'est l'opération le *plus tôt possible*, et de tous les procédés opératoires, c'est la méthode des *caustiques chimiques* qui est la plus simple, la plus sûre et la plus efficace contre les récidives pour les motifs énoncés plus haut (1).

Nous allons exposer brièvement la méthode rationnelle des caustiques chimiques que notre maître feu le docteur Bougard, ancien professeur à l'université de Bruxelles, a si bien décrite dans son remarquable ouvrage (2).

« Après avoir essayé les différents caustiques usités, le » docteur Bougard parvint à composer une pâte des » éléments suivants :

Farine de froment . . . } Amidon. . . . . }	àà 60 grammes.
Arsenic	1 gramme.
Cinabre . . . , ...	5 grammes.
Sel ammoniac.	5 grammes.
Sublimé corrosif	50 centigr.
Solution de chlorure de zinc à 52°	245 grammes.

(1) M. Gerster, de New-York, croit que les opérations sanglantes ont pour effet, dans bien des cas, de disséminer le cancer dans toute l'économie ; de produire une inoculation et une infection générale de l'organisme, qui déterminent la marche foudroyante du cancer. (*Diction. encycl.* de Dechambre, t. XVIII, p. 332.)

(2) *Études sur le cancer*, Bruxelles, 1882, p. 643 et suiv.

» En faire une pâte homogène, en mélangeant dans un » mortier les six premières substances au préalable tri- » turées séparément et réduites en poudre fine, puis en y » versant doucement la solution de chlorure de zinc, en » même temps qu'on tourne rapidement le mélange avec » le pilon, de façon qu'il ne se forme pas de grumeaux.

» La pâte ainsi préparée doit être parfaitement homo- » gène, très facile à manier, très élastique et fortement » adhésive. »

Mode et méthode d'application :

Comme la pâte caustique du docteur Bougard n'attaque pas l'épiderme, il faut cautériser toute l'étendue de la peau qu'on veut atteindre au moyen d'une couche de pâte caustique de Vienne ; au bout de quelques minutes de cautérisation très douloureuse et qu'on peut tempérer par des calmants usités, l'épiderme est enlevé et l'on applique une couche de caustique Bougard, qu'on laisse pendant six heures ; on enlève alors le caustique, on le remplace par des cataplasmes faits de 3/4 farine de lin et 1/4 farine de guimauve, qu'on renouvelle deux ou trois fois en 24 heures. Le lendemain, on enlève au moyen du bistouri l'escharre produite par le caustique de façon à ne point entamer la couche profonde non cautérisée, et l'on refait la seconde application de caustique pendant six heures, puis applications de cataplasmes, enlèvement des escharres, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait détruit tout le néoplasme, ce qu'il est aisé de reconnaître avec un peu d'expérience et d'habitude parce que le caustique détermine une réaction chimique, une cautérisation différente dans les tissus sains et les tissus malades ; chose très importante à noter (1).

Au bout de six à huit jours d'application de cata-

(1) V. Bougard *Études sur le cancer*, p. 734.

plasmes émollients, la dernière escharre tombe et laisse à nu une plaie vive et bourgeonnante qui se cicatrise rapidement par l'application de pansements simples, répétés chaque jour.

Si la plaie s'y prête on peut en rapprocher les bords au moyen de bandelettes au collodion, remplaçant avantageusement les points de suture et hâter ainsi la guérison qui donne une cicatrice souple, linéaire et lisse, d'un très bel aspect.

Pour obvier à certains inconvénients du caustique Bougard, tels que la douleur assez vive, due sans doute à l'arsenic qu'il contient, le défaut de se liquéfier et de fuser par la chaleur du corps ; l'emploi de cataplasmes qui causent quelquefois l'érysipèle, etc., nous avons recours à une pâte de notre composition, plus en rapport avec les principes de l'antisepsie, et dont l'application est beaucoup plus facile, plus simple, moins douloureuse et ne produit aucun accident consécutif. Nous avons aussi simplifié de beaucoup la méthode opératoire, ce qui nous paraît un grand avantage aussi bien pour le malade que pour le chirurgien.

Voici la composition de notre caustique :

Farine de froment	112	grammes.
Amidon	37	—
Sublimé corrosif	1	—
Iodol pur	10	—
Croton chloral	10	—
Bromure de camphre	10	—
Acide phénique cristallisé . . .	10	—
Chlorure de zinc sec.	110	—

Mode de préparation. — Mêlez dans un mortier en verre ou en porcelaine ces substances préalablement pulvérisées à part, et ajoutez peu à peu la quantité d'eau

distillée suffisante pour obtenir une pâte homogène de la consistance du *mastic de vitrier*; on rend cette pâte plus ductile en ajoutant une petite quantité de glycérine.

Cette pâte caustique est, par sa composition, *antiseptique*. Elle ne donne lieu ni à des phénomènes toxiques, résultant de l'absorption, ni à des accidents septiques ou inflammatoires; elle est un excellent modificateur des plaies de mauvaise nature, des ulcères atoniques calleux, syphilitiques, tuberculeux, scrofuleux, etc. Elle s'emploie avec succès pour détruire les *lupus*, les *noevi materni*, et elle a des propriétés hémostatiques remarquables.

Méthode d'application. — Notre caustique n'attaque point les parties revêtues d'épiderme, le chirurgien peut donc le manier dans les doigts, en ayant la simple précaution de les mouiller avec de l'eau, pour empêcher l'adhésion incommode. Il est donc aisé d'en faire des plaques, des cônes, des cylindres, de grandeurs ou de volumes variés, suivant les différents cas d'application.

Pour que le caustique puisse agir sur la peau, il faut que celle-ci soit dénudée de son épiderme. Le moyen le plus simple, le plus rapide et le moins douloureux; beaucoup supérieur, par conséquent, à l'emploi du caustique de Vienne, est celui-ci : trempez un tampon de ouate ou un pinceau dans une solution sursaturée de potasse caustique, en frictionner les parties de la peau qu'on veut dénuder. Pour éviter la douleur, qui est cependant supportable, on peut faire préalablement sous la peau une ou plusieurs injections hypodermiques d'un gramme de la solution suivante :

Antipyrine pure.	5	grammes.
Chlorhydrate de cocaïne. . . .	20	centigram.
Eau distillée de laurier cerise . .	15	grammes

M.

Une simple pulvérisation d'éther sulfurique, chez les sujets nerveux et impressionnables, produit aussi le calme, et peut-être que le *stypage* du docteur Bailly pourrait produire de très bons résulats, c'est une chose à essayer.

Après avoir enlevé l'épiderme par la friction à la solution de potasse caustique, on applique immédiatement une couche de pâte caustique de l'épaisseur de 5 millimètres, sur toute l'étendue qu'on veut cautériser; on revêt le tout d'une couche de ouate et l'on maintient par un bandage contentif.

Si l'on veut simplement cautériser un ulcère pour en modifier la surface, un lupus, un *noevus maternus*, etc., il suffit de l'application du caustique pendant trois, six ou douze heures. Mais si l'on doit détruire une tumeur volumineuse, il y a tout avantage à laisser le caustique pendant vingt-quatre heures; le chirurgien trouve alors, à sa visite, une escharre épaisse, solide qu'il enlève facilement au bistouri et sans aucune douleur, par tranches épaisses, comme si l'on coupait dans une croûte de fromage. S'il arrive qu'en coupant l'escharre, des vaisseaux trop peu ou point cautérisés, donnent lieu à une hémorragie, le moyen le plus facile de l'arrêter c'est d'introduire la pointe d'un crayon de nitrate d'argent dans le foyer hémorragique, de l'y laisser quelques instants, puis de tamponner ce foyer avec une boulette de charpie imbibée de solution de perchlorure de fer à 30°; il se forme par réaction chimique un chlorure d'argent et l'hémostase est complète.

On répète la même chose chaque jour jusqu'à ce que la limite de la tumeur soit atteinte. Pour favoriser la chute définitive de l'escharre après cessation des cautérisations, il suffit de l'enduire de glycérine phéniquée à

2 p. 100; on peut y ajouter du chlorhydrate de cocaïne pour calmer la douleur qui se produit quelquefois, lorsque l'escharre se détache.

Au bout de six à neuf jours, l'escharre tombe et laisse une surface aussi bien disséquée que par le bistouri le plus habilement manié. Il est aisé de voir, à l'aspect de la plaie, s'il reste encore des vestiges du néoplasme; car, comme nous l'avons dit plus haut, notre caustique produit une réaction différente sur les tissus *sains* et sur les *tissus morbides;* par conséquent il permet au chirurgien, qui en a un peu l'habitude, de poursuivre et d'atteindre le mal jusque dans ses derniers prolongements.

Dans bien des cas, des tumeurs cancéreuses qui semblaient parfaitement mobiles et bien limitées, et où la peau qui les recouvrait paraissait très saine, au point que nous désirions la conserver dans sa plus grande partie pour nous ménager un ou plusieurs lambeaux, l'action spéciale du caustique nous a révélé que cette peau, d'apparence saine, était déjà malade, envahie par le néoplasme et nous montrait la nécessité absolue de la sacrifier entièrement. C'est là un avantage sérieux de notre caustique, et l'on comprendra aisément pourquoi la récidive, à la suite d'opérations sanglantes, est si fréquente dans la cicatrice ou dans son voisinage, tandis qu'elle est évitée par l'emploi du caustique.

Lorsqu'on enlève par le bistouri les ganglions périphériques atteints de cancérose, on ne détruit point les vaisseaux lymphatiques efférents ou afférents à ces ganglions malades. Il en résulte que ces vaisseaux lymphatiques qui contiennent les germes (exsudats, microbes, cellules, noyaux, liquide spécifique) constituant les éléments des tissus embryonnaires, éphémères, caduques et par conséquent néoplasiques, n'étant point détruits,

sont la cause immédiate de la récidive, comme l'avait déjà fait remarquer, il y a quelques années, M. le docteur baron Michaux, traitant à l'Académie de médecine de Belgique des causes de la fréquence de la récidive, après l'ablation sanglante des tumeurs du sein. Le caustique chimique a la propriété de détruire, mieux que le thermo-cautère et le bistouri, les éléments morbigènes des tumeurs malignes, et de fermer à l'auto-infection les vaisseaux lymphatiques et sanguins qu'ouvrent à large voie le raclage et le bistouri.

Il est à remarquer que son action spéciale sur les tissus morbides permet à notre caustique de les détruire totalement et complètement, ce qui est absolument nécessaire ; car si la cautérisation n'a pas été complète, s'il reste quelques vestiges de la tumeur, on est certain d'une repullulation rapide de celle-ci, parce que toute opération incomplète, surtout le raclage et l'excision, ne sert qu'à donner un *coup de fouet* au développement du néoplasme.

On a objecté, contre l'emploi des caustiques, la douleur excessive qu'ils produisent ; nous pouvons affirmer que notre pâte caustique ne détermine pas de ces douleurs violentes, insupportables, qu'elle est tolérée et bien supportée par les personnes les plus craintives et les plus nerveuses, qu'elle n'altère en rien les fonctions générales, ne trouble ni l'appétit ni la digestion, que ce traitement ne nécessite aucune précaution pour le régime alimentaire, et l'expérience nous permet d'affirmer que les personnes que nous avons opérées pour des récidives survenues après l'opération par le bistouri, nous ont déclaré qu'elles préfèrent de beaucoup le caustique à l'instrument tranchant.

Quant à la cicatrisation, elle se fait avec une rapidité étonnante, sans le moindre soin spécial ; un pansement

tous les deux ou trois jours, au moyen d'une feuille d'étain revêtue de ouate, suffit pour obtenir une cicatrice lisse, égale et parfaitement souple (1). C'est si vrai que nous avons employé le caustique pour détruire au cou et à la face des cicatrices vicieuses, résultat d'opération par le bistouri et cela avec grand succès.

La supériorité du traitement des tumeurs cancéreuses, par le caustique, nous semble encore établie par les nouvelles découvertes microscopiques qui tendent à démontrer la nature parasitaire, microbienne du cancer. Dans la séance de la Société de microscopie de Belgique, *du 30 octobre 1886,* j'ai signalé la découverte, dans une culture d'épithélioma de la lèvre faite dans du bouillon de gélatine stérilisé, d'une bactérie assez semblable au bacille de la tuberculose, et se colorant, au violet de méthyle, par la méthode d'Ehrlich. J'ai appelé l'attention des micrographes sur ce fait qui, s'il se confirmait par de nouvelles expériences, établirait :

1° L'existence du bacille du cancer ;

2° L'analogie entre cette affection et la tuberculose que plusieurs praticiens et moi avons déjà pressentie pour des raisons cliniques (2). *La Revue scientifique de Paris,* du 3 décembre 1887, n° 23, p. 734, rappelle un article du 5 mars signalant à ses lecteurs les intéressantes recherches faites par le docteur Domingos Freire sur l'étiologie du cancer, et concluant à admettre que les tumeurs carcinomateuses sont dues à la présence d'un micro-parasite bacillaire.

(1) Voir les *Avantages du pansement métallique à feuilles d'étain,* par le docteur Jules Félix. Ext. du *Livre jubilaire de la Société de médecine de Gand,* 1884.

(2) Voir *Bulletin de la Société belge de microscopie,* t. XIII, n° 1, p. 11, année 1886-1887 : Communication du docteur Jules Félix.
Voir : *Du phosphore pur dans le traitement de la tuberculose pulmonaire,* etc., par le docteur Jules Félix, Bruxelles, Manceaux, 1881.

A la Société de médecine interne de Berlin, le docteur Scheurlen expose les résultats de ses expériences qui confirment dans leurs points essentiels celles du docteur Domingos Freire et qui lui ont permis de formuler la même conclusion, que le cancer est une infection microparasitaire ; étiologie qui explique d'ailleurs bien le *caractère remarquable d'auto-inoculabilité* de cette maladie. Que diront les partisans de la *diathèse préexistante*, de cette découverte qui met à néant leur malheureuse et décourageante doctrine?

Une preuve clinique de l'auto-infection et de l'inoculabilité du cancer est pour nous la fréquence des cas dans lesquels nous avons rencontré des productions cancéreuses dans les parois vaginales; ces productions cancéreuses étaient absolument isolées, indépendantes et correspondaient aux lieux de contact du col ulcéré et augmenté de volume.

Dans un très grand nombre de cas, nous avons aussi constaté la production de noyaux cancéreux dans les endroits les plus déclives, à la paroi postérieure et inférieure du vagin, où stagnent les liquides qui s'écoulent du cancer ulcéré. N'est-ce pas une preuve évidente de la contagiosité du cancer?

D'après Domingos Freire et M. Scheurlen, le bacille du cancer a la propriété de se colorer à la façon des bacilles de la tuberculose; c'est ce que j'ai annoncé, en 1886, à la Société belge de microscopie. Les inoculations et les injections faites avec des cultures du bacille cancéreux, dans les mamelles de chiennes, ont produit, d'après MM. Domingos Freire et Scheurlen, des résultats positifs, des tumeurs de grosseurs diverses présentant les caractères microscopiques des cellules épithéliales.

Un grand nombre de médecins admettent la nature

parasitaire du cancer (1) : Ledopil, Alberts et d'autres partagent cette opinion. Le docteur Van Ermengem, professeur de bactériologie à l'Université de Gand, dans une communication très intéressante faite à la Société belge de microscopie, dans la séance du 28 janvier 1888, rapporte sept cas de transmission de cancers de l'homme à des animaux ou de l'animal à l'animal, relevés parmi les nombreux essais que les auteurs ont tentés dans ce but. Il admet aussi que ni l'anatomie pathologique ni la clinique ni même la pathologie expérimentale, n'ont fourni jusqu'ici des données qui soient en opposition avec l'hypothèse de l'origine parasitaire du cancer.

Jusqu'ici le docteur Van Ermengem n'a pas été heureux dans les essais qu'il a faits depuis plusieurs mois avec le docteur Boddaert pour contrôler les expériences de Scheurlen. Mais il se défend bien d'émettre à ce sujet des conclusions *définitives* quelconques sur les rapports du bacille de Scheurlen (que j'ai signalé en 1886) avec le cancer, ses expériences de contrôle étant encore trop peu nombreuses et trop récentes (2).

On voit par ce qui précède que l'étiologie du cancer doit de nouveau être étudiée suivant les préceptes de la science nouvelle dont Pasteur et Koch ainsi que leurs disciples, ont établi les méthodes expérimentales qui offrent à l'esprit humain des horizons nouveaux.

Mais il importe de ne pas tout sacrifier à la microscopie ; la clinique conserve toujours ses droits et l'observation attentive des faits cliniques sera toujours un guide fidèle et sûr dans la conduite à tenir par le praticien

(1) Voir Ledouy-Libard : *Le Cancer, maladie parasitaire,* dans les *Archives générales de médecine,* 1885, vol. I.

(2) Voir *Bulletin de la Société belge de microscopie,* séance du 28 janvier 1888.

soucieux d'apporter un remède à cette horrible maladie qui semble devenir de plus en plus fréquente aujourd'hui.

Pour nous, la nature parasitaire du cancer ne fait aucun doute : 1° parce que nous avons trouvé *en 1886* un bacille assez semblable à celui de la tuberculose et se colorant comme celui-ci dans des cultures d'épithéliomas faites dans du bouillon de gélatine peptonisée.

2° Parce que depuis, plusieurs auteurs ont signalé le même fait et ont obtenu des résultats positifs par inoculations ou injections des produits de ces cultures sur des animaux vivants.

3° Parce que la clinique rapporte des faits de contagion ou d'infection cancéreuse.

4° Enfin, parce qu'à notre avis, ainsi que l'a démontré Virchow (1). « *Toute formation qui ne produit pas d'élé-* » *ments pouvant être d'une utilité quelconque pour le corps* » *doit être considérée comme un parasite.* »

En effet, si des cellules épithéliales ou autres se développent à l'excès ; si les tissus embryonnaires prolifèrent sans s'organiser en tissus définitifs, il en résulte que ces éléments éphémères se multiplient d'autant plus, en vertu des lois de la conservation de l'espèce, que leur existence est plus compromise et moins assurée. De là, formation d'éléments primitifs accumulés qui constituent les tumeurs, mais ces éléments étant éphémères ne tardent pas à subir en tout ou en partie la nécrobiose qui engendre des fermentations diverses d'après les milieux dans lesquels elle se produit; c'est ainsi que les tumeurs cancéreuses ulcérées subissant l'influence de l'air atmosphérique empoisonnent l'économie et déterminent plus rapidement *la cachexie*.

C'était déjà la doctrine du célèbre physicien anglais

(1) *Pathologie cellulaire*, p. 537 et suiv.

du XVIIe siècle, Robert Boyle, qui écrivait alors : « Celui » qui pourra sonder jusqu'au fond la nature des ferments » et des fermentations, sera sans doute beaucoup plus » capable qu'un autre de donner une juste explication » des divers phénomènes morbides aussi bien que des » autres affections. Ces phénomènes ne seront peut-être » jamais bien compris sans une connaissance approfondie » de la théorie des fermentations. »

C'est à l'illustre Pasteur qu'était réservée cette découverte, la gloire du XIXe siècle.

C'est encore sous l'influence de la nécrobiose des tissus embryonnaires que des réactions chimiques, biologiques produisent les poisons, *si toxiques*, appelés *ptomaïnes* et *leucomaïnes*.

Or, comme l'a démontré Pasteur point de fermentation sans êtres vivants ; les ferments étant des êtres animés et les premiers êtres vivants organisés sont après la cellule, les microbes et les bactéries. Par conséquent, il est impossible d'admettre une tumeur quelconque *ulcérée* sans qu'elle ne renferme des microzoaires. Mais la science n'a pas encore démontré jusqu'ici si ces infiniment petits sont les éléments constitutifs et primordiaux des tumeurs, par conséquent : *cause ;* ou, s'ils sont le résultat de la fermentation, de la nécrobiose des éléments organiques qui constituent ces tumeurs et conséquemment : *effet*.

A notre avis, le développement des microbes et des bactéries, qu'on rencontre en pathologie, est le résultat de la nécrobiose des éléments morbides ; aussi l'injection ou l'inoculation de cultures de bactéries pathogènes ne reproduit pas les affections morbides ou les néoplasies dans leur marche naturelle ascendante et progressive, mais elle détermine un empoisonnement complet de

l'économie qui amène la mort *à bref délai*, sans que la maladie inoculée, la *maladie artificielle* ou *expérimentale*, si vous voulez mieux, présente toutes les phases régulières, identiques de la *maladie naturelle*, quoique identique à celle-ci dans ces produits ou *exsudats pathologiques*. Cela est tellement vrai que Pasteur tira parti de cette différence d'action pour en arriver à la méthode de l'atténuation des virus, dans ses inoculations préventives du charbon, de la rage, etc. (1).

Tout cela nous montre combien les nouvelles découvertes doivent s'harmoniser avec l'étude clinique, qui est et sera toujours la *pierre de touche* par excellence dans l'art de guérir. Que de fois n'arrive-t-il pas au praticien observateur de dire, en voyant quelqu'un : « Voilà un phtisique pour plus tard » ; et cependant auscultez ce sujet, vous ne trouverez ni tuberculose, ni microbes en bâtonnets dans les crachats ; mais qu'une cause extérieure, un refroidissement, un trauma amène une pneumonie ; qu'une lésion, quelque petite qu'elle soit, apparaisse dans le larynx, les bronches ou les vésicules pulmonaires, on ne tarde pas à reconnaître les premiers signes de la tuberculose à l'auscultation et à la percussion, et dès que les crachats sanguinolents ou purulents paraissent, ou que quelques glandes pharyngo-laryngiennes s'ulcèrent, le microscope constate alors les bacilles de Koch qu'on n'avait pu découvrir auparavant. Voilà, pour moi, un fait clinique qui se produit sans cesse à l'observation, et qui vient prouver que les bacilles sont non pas les causes mais les effets des fermentations pathologiques.

(1) Voir l'intéressant article du docteur E. Kermisson, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Paris, dans le nº 34 du *Bulletin médical*, avril 1888 : *De la nature microbienne du cancer*.

Nous concluons donc, à tous les points de vue, et tenant compte des données nouvelles de la science, de l'expérience clinique et de la saine et sagace observation au lit des malades, dont M. le professeur Peter, de Paris, sait faire ressortir la haute importance dans ses remarquables leçons ; nous concluons, dis-je, que la méthode d'opération des tumeurs cancéreuses par le caustique est la moins dangereuse, la plus facile pour les patients et pour le chirurgien, et celle qui donne les plus grandes chances d'une *guérison radicale*, parce qu'elle est la plus rationnelle, la plus *antiseptique*.

Le docteur Van den Corput, dans un travail sur l'étiologie du cancer, présenté à l'Académie de médecine de Belgique, prétend que le régime alimentaire animal, l'abus de la viande est une des causes principales du *cancer* qui, dit-il, n'existe point ou peu chez les religieux. Nous ne pouvons contester que l'abus du régime alimentaire azoté ne soit favorable au développement de la *cancérose* puisqu'il augmente la quantité d'acide urique dans le sang et dont l'excès se dépose dans les divers organes de l'économie où il devient, par ses diverses formes cristallines (lamelles rhomboïdales, cristaux en forme de pierre à aiguiser, tranchantes ; en forme de peigne, de rosaces, d'aiguilles, de lances ou de corps pointus et acérés très irréguliers), un agent de traumatisme et d'irritation continuelle des tissus, pouvant et devant déterminer l'hyperplasie cellulaire et, par conséquent, la formation de tumeurs diverses et du cancer.

Nous avons été consulté pour de très nombreux cas de cancer chez des personnes livrées à la vie monastique, et les renseignements que nous avons recueillis nous ont appris que les cancers du sein et de la matrice sont très

fréquents chez les religieuses arrivées à l'âge de la méno pause. Ce fait s'explique facilement, à notre avis. En effet, la vie contemplative, monastique est débilitante par défaut d'air et d'exercice. L'assimilation des aliments, leur digestion est incomplète; la dyspepsie et l'anémie désolent les couvents de femmes. Il en résulte, physiologiquement parlant, une disposition à l'excès de productions d'acide urique.

Or, l'expérience nous montre que l'excès d'acide urique dans le sang se dépose surtout dans les organes et les tissus qui ont le moins d'activité vitale. On comprend aisément que les organes de l'appareil génital, l'utérus, les seins que les religieuses s'efforcent d'atrophier, même par des moyens de compression barbares, soient dans des conditions favorables au dépôt d'acide urique, dont les cristaux en aiguilles cristallines, etc., produiront l'inflammation et l'irritation capables de déterminer l'hyperplasie cellulaire et même la cancérose.

Nous croyons utile de résumer ici quelques renseignements statistiques sur les tumeurs cancéreuses opérées : le professeur Billroth, de Vienne, a publié, en 1878, les résultats de sa clinique; sur 170 cas de carcinomes du sein qui se sont présentés, 27 cas ont été jugés inopérables, 143 cas ont subi l'opération par l'instrument tranchant; de ces 143 cas, 34, soit 23.7 p. 100, ont succombé aux suites immédiates de l'opération; 55, soit 38.4 p. 100, ont succombé par suite de récidive; 35, soit 24.4 p. 100, sont encore vivants *avec récidive* ou perdus de vue; 19 cas de guérison définitive, libres de carcinome ou morts de tout autre maladie, donc 13.3 p. 100 de *guérisons positives*.

Le docteur Bougard, de Bruxelles, dans son ouvrage :

Étude du cancer, publie, page 370 et suivantes, sa statistique :

Sur 300 cas d'opérations, faites par son caustique de 1867 à 1878, il a obtenu 144 guérisons définitives et sans récidive cinq ans après l'opération ; 150 récidives et 6 malades perdus de vue et supposés guéris définitivement.

Ces 300 opérations comprennent : des cancers de la mamelle ou d'autres régions, des cancroïdes, des enchondromes, des fibromes, des lipomes, des kystes et quelques tumeurs érectiles.

Si l'on admet le principe énoncé par Billroth qu'« *on ne peut considérer comme une guérison durable celle qui n'a pas plus de 2 1/2 ans de durée* », le docteur Bougard aurait obtenu, *par la méthode des caustiques*, 64 guérisons radicales sur 162 opérations de carcinomes du sein ; tandis que Billroth n'a obtenu, *avec le bistouri*, sur 143 opérations, que *8 guérisons*, ayant plus de 2 1/2 ans de durée.

Les deux méthodes se traduisent donc en résultats de cette manière : caustiques, d'après la méthode du docteur Bougard : 39 82/162 p. 100 de guérisons radicales ; le bistouri donne 5 p. 100 de guérisons radicales, donc 34 p. 100 en faveur des caustiques, pour la guérison des cancers.

Mais nous avons vu que sur 143 opérations par le bistouri et pratiquées par l'habile chirurgien Billroth, *34 malades* sont morts des suites immédiates de l'opération. Sur 153 cas de carcinome du sein, M. Desgranges en a perdu 39 des suites immédiates de l'opération ; tandis que pour le docteur Bougard, sur 162 cas d'opérations de cancers du sein par le caustique, pas un seul malade n'a succombé aux suites immédiates de l'opération.

Depuis que nous opérons par les caustiques chimiques : les épithéliomas, les carcinomes, les ulcères cancéreux, scrofuleux, syphilitiques, les tumeurs érectiles et même les caries osseuses, le premier cas de décès, des suites immédiates de l'opération, est encore à enregistrer. Toujours le caustique, dont on a fait à tort un épouvantail, est facilement supporté ; la santé n'en est pas altérée, et les cicatrices ne laissent rien à désirer, sous aucun rapport. Notre méthode, qui n'est pas toujours aisée pour des mains peu exercées, devient on ne peut plus simple et plus facile avec un peu d'habitude et d'expérience.

Sur 74 cas d'opérations diverses que nous avons pratiquées par les caustiques, nous n'avons pas eu un seul décès des suites de l'opération.

Sur 26 cas de cancers du sein, à la 2e et à la 3e périodes, opérés par le caustique, nous avons obtenu 17 cas de guérison complète se maintenant après plus de 5 ans ; 9 cas de décès se sont produits entre 1 et 3 ans après l'opération ; ces cas étaient arrivés à la 3e période (cancer ulcéré), cachexie, et nous ne les avons opérés que pour soustraire les malades aux horribles souffrances, à l'hémorragie et pour prolonger leur existence.

Donc 79.7 pour 100 de guérisons définitives et 20.3 p. 100 de décès.

Sur 5 cas de cancer de l'utérus nous avons obtenu, par notre méthode, 2 guérisons radicales de cancers du col utérin, qui se maintiennent parfaitement depuis 1874, c'est-à-dire depuis 14 ans ; 2 cas de décès, 2 ans ans après l'opération, par récidive et extension du néoplasme à l'utérus et aux organes voisins ; et 1 cas incurable qui se maintient depuis 1 année, grâce à l'action hémostatique du caustique.

Sur 4 cas de cancer de l'épaule et du bras, dont l'un a

nécessité l'amputation complète du bras au lieu d'élection et que nous avons pratiquée avec le caustique, nous avons eu : 1 décès 1 an après l'opération d'un fongus hématode du deltoïde, par pleuro-pneumonie cancéreuse, 2 guérisons radicales et 1 décès par pleurésie cancéreuse 18 mois après avoir subi l'amputation du bras par le caustique, pour un ostéo-sarcome encéphaloïde du bras ; soit encore 50 p. 100 de guérisons.

Sur 18 cas d'épithéliomas de la lèvre (cancer des fumeurs) de la face et du nez, nous avons obtenu, par la méthode des caustiques 16 cas de guérisons définitives et deux décès, soit 88,8 p. 100 de guérisons et 11,2 p. 100 de décès.

Sur 21 cas d'ulcères variqueux, syphilitiques, carie des côtes, des os du pied, kystes sébacés, noevi materni, lupus nous avons obtenu vingt guérisons.

Certains chirurgiens, trop enthousiastes de la méthode sanglante, invoquent que, depuis la généralisation de l'antisepsie, les accidents opératoires ne sont plus guère à redouter et que les succès *opératoires* sont la règle et les insuccès l'infime exception.

Nous sommes absolument de leur avis, l'antisepsie a augmenté les *succès opératoires* et diminué notablement la mortalité, si nombreuse à la suite d'opérations chirurgicales importantes, sans cependant avoir écarté définitivement les accidents mortels, tels que le choc chirurgical, le tétanos, la syncope chloroformique qui devient de plus en plus fréquente ; mais nous devons à la vérité de dire que le chirurgien ne doit pas envisager que le succès opératoire ; son devoir et sa mission humanitaire sont de ne point faire d'opérations inutiles ou peu profitables pour le malade, de ne point chercher à conquérir une haute réputation ou une grande fortune par des opéra-

tions hasardées qui ne donnent aux malheureux patients aucun résultat satisfaisant ou définitif et de ne point conseiller à son semblable de se laisser faire des *mutilations scientifiques* qu'il se garderait bien de subir lui-même, si le cas se présentait.

On doit toujours se souvenir qu'il ne faut faire au prochain que tout le bien qu'on voudrait qu'il fût fait à soi-même, et que la chirurgie ne doit pas être une école de vivisection pratiquée sur l'espèce humaine dans le siècle où la société étend sa vive et efficace protection jusque sur le dernier des animaux. Il ne faut point voir dans un cas chirurgical le succès et l'audace d'une opération, mais il faut peser, avant d'opérer, les chances de succès et le résultat *définitif* exclusivement au point de vue de la santé et du rétablissement du malade.

Il faut toujours suivre la belle et vraie maxime du professeur Verneuil :

« *Messieurs les chirurgiens, soyez avant tout médecins!* » parce que, comme le disait autrefois à ses élèves le docteur Lanthier, professeur d'anatomie à Louvain :

« *La médecine est une religion.* »

OBSERVATIONS

1° AFFECTIONS DE LA FACE.

I. ULCÈRE CANCÉREUX DE LA JOUE GAUCHE.

Au mois de janvier 1871, M. C..., voyageur de commerce, âgé de 46 ans, demeurant rue de la Fortune, à Bruxelles, vint me consulter pour un ulcère cancéreux

de la joue gauche, de la grandeur d'une pièce de cinq francs et de cinq millimètres de profondeur. Les bords sont durs, calleux, blafards, le fond est sanieux. Cet homme a consulté depuis deux ans plusieurs médecins, il a subi divers traitements sans aucun succès. Depuis trois mois il suit un traitement institué à la consultation gratuite des hôpitaux, mais le mal ne fait qu'augmenter et l'aile gauche du nez est envahie par le mal.

Pendant huit jours je fais chaque jour une application de nitrate acide d'argent (solution de un gramme de nitrate d'argent dans 4 grammes d'acide nitrique fumant), après ces cautérisations aussi énergiques que douloureuses, la plaie prend un aspect vif et sain, au bout d'un mois la cicatrisation est complète et tout fait présager une cure radicale.

Trois mois après, en mai, le mal reparait avec plus de vigueur, et cette fois les caustiques au nitrate d'argent, au nitrate acide de mercure, à l'acide nitrique, sulfurique, à l'ammoniaque, au chlorure de zinc ne parviennent à arrêter la marche envahissante de cette affection cancéreuse. Dès qu'une partie se guérit, le mal reparaît à côté, s'étendant toujours, envahit le nez jusqu'au coin de l'œil près de la caroncule lacrymale.

J'eus alors recours à la pâte caustique de Bougard, et après avoir pris les précautions nécessaires à l'*occlusion* complète de l'œil, protection des parties saines par des bandelettes de sparadrap, etc., je recouvris toute l'étendue de l'ulcère d'une couche de pâte caustique.

Deux applications suffirent; six jours après l'escharre se détacha complètement, laissant une belle plaie, bourgeonnante et saine; au bout de trois semaines la cicatrisation était complète. Je revis l'opéré un an après, et en 1874, il vint me voir pour la dernière fois; il jouissait

d'une santé parfaite et la cicatrice était belle et nette, sans la moindre trace de récidive.

II. CANCROÏDE DE L'AILE GAUCHE DU NEZ.

Mme P..., rentière, à Ixelles, âgée de soixante-quatre ans, vient me consulter en 1872 pour un cancroïde de l'aile gauche du nez, de la grosseur d'une lentille, qui se reproduit sans cesse et en s'aggravant depuis cinq ou six ans, malgré les diverses cautérisations qu'on lui a fait subir. Mme P... est très inquiète de cette affection rebelle qui s'augmente rapidement depuis peu.

Je constate que le cancroïde a envahi toute l'épaisseur de la peau et qu'il est adhérent au cartilage du nez. J'applique le caustique et au bout de quatre jours l'escharre se détache; mais pour plus de certitude, je réapplique une nouvelle couche de caustique sur le cartilage de façon à ne pas le détruire dans toute son épaisseur. La première cautérisation eut lieu le 21 novembre 1872, la deuxième le 25 novembre, et la cicatrisation était complète le 9 décembre 1872. En 1880, le 4 février, je revis l'opéré en parfaite santé et la cicatrisation s'est tellement bien faite qu'on voit à peine les traces de l'opération.

III. ÉPITHÉLIOMA DU NEZ.

Mme D..., propriétaire à Genappe, vint me consulter en 1872, le 10 juin, pour un cancroïde du nez. La tumeur a atteint le volume d'une amande; la base est dure et entourée d'une auréole violacée. La surface est rugueuse et saigne au moindre attouchement.

Douleurs lancinantes dans le nez, surtout la nuit; ces douleurs s'irradient parfois jusqu'à l'œil.

En présence d'un épithélioma à marche rapide et considérant la gravité du cas à cause de la région et des symptômes, je conseillai l'opération au plus tôt. Deux applications de pâte caustique suffirent, l'escharre tomba après six jours et la guérison était complète en moins d'un mois. J'ai revu M[me] D..., en janvier 1880, elle jouissait de la meilleure santé.

IV. ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE INFÉRIEURE. (CANCER DES FUMEURS).

M. L..., cultivateur à Rixansart, 82 ans, grand fumeur de pipe, n'a jamais eu d'autre maladie que trois semaines de fièvre intermittente, vient me consulter, le 2 janvier 1875, pour un épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure qu'il porte depuis deux ans.

Deux cautérisations suffirent pour détruire le néoplasme, le 28 juin le malade est radicalement guéri.

En mars 1878, c'est-à-dire trois ans après, M. L... vient me consulter de nouveau pour un *bouton* à la joue gauche, à côté de l'aile du nez; ce *bouton* grossit beaucoup depuis quelque temps et saigne au moindre attouchement. Douleurs lancinantes; le néoplasme est à base dure, de forme circulaire, mobile, a deux centimètres de diamètre et une épaisseur d'un centimètre. Epithélioma ulcéré; quatre applications de caustique suffirent; je cautérise jusqu'au périoste.

Opéré le 9 mars 1875, la guérison et la cicatrisation sont complètes le 17 avril.

Depuis lors je n'ai plus revu l'opéré.

V.

M. D..., 74 ans, jardinier à Nivelles, n'a jamaïs été

malade, il porte à la lèvre inférieure gauche un épithélioma ulcéré depuis un an, écoulement sanieux, bords et fond durs. Le mal a débuté il y a cinq ans par un petit *bouton saignant.* Il y a quatre ans opération par le bistouri, récidive huit mois après, nouvelle opération par le bistouri, nouvelle récidive. Les chirurgiens qui l'ont opéré ont renoncé à de nouvelles opérations à cause des récidives et du développement du cancer épithélial qui a envahi la moitié gauche de la lèvre inférieure jusqu'au niveau de l'os maxillaire inférieur.

Le 30 septembre 1879, première application du caustique Bougard.

Le 1er octobre et le 2 octobre, nouvelle cautérisation. Le caustique est très bien supporté, ni réaction ni fièvre. Le malade a faim et se nourrit d'œufs, de laitage, de consommé et de vin.

Au bout de huit jours l'escharre tombe et laisse à découvert une plaie belle, saine et bourgeonnante.

Rapprochement des bords de la plaie par les bandelettes au collodion. État général satisfaisant sous tous les rapports. Le 15 octobre la plaie est presque cicatrisée et l'opéré se dispose à retourner à Nivelles quand le 16 octobre, le pauvre vieillard est frappé d'apoplexie de la base du cerveau et succombe le lendemain.

VI. LUPUS TUBERCULEUX DE LA FACE AYANT ENVAHI TOUTE LA JOUE DROITE.

En 1871, Mme H..., 43 ans, couturière, de santé délicate, atteinte de bronchite tuberculeuse depuis vingt ans, contractée à la suite de chagrins et de misère, souffre péniblement, depuis six ans, d'un lupus tuberculeux présentant tous les caractères décrits dans le magnifique

traité de Devergie (1). Mon pronostic ne pouvait être favorable eu égard à l'état général de la malade et à l'ancienneté de l'affection locale. Mais les instances de la malade, livrée à l'impossibilité de pouvoir encore gagner son pain à cause de l'extrême répugnance qu'elle inspirait, la marche envahissante du néoplasme, me décidèrent à recourir à l'emploi des caustiques, sans négliger la modification de l'état général par un régime réparateur : les toniques, les arsenicaux, les iodés et le phosphate de chaux.

Deux applications de pâte caustique suffirent pour détruire tout le lupus ; au bout d'un mois la cicatrisation était complète et la cicatrice ressemblait à celle d'une forte brûlure. Au bout de quatre mois, le résultat était parfait. Le lupus n'a plus jamais reparu. Je continuai à donner mes soins à Mme H... pour des bronchites, des hémoptysies, etc. La pauvre malade mourut de tuberculose pulmonaire au troisième degré en décembre 1879 ; c'est-à-dire huit ans après l'opération du lupus par le caustique.

VII. ULCÈRE CANCÉREUX DE LA JOUE AU NIVEAU DE L'APOPHYSE ZYGOMATIQUE.

M. L..., ingénieur à Paris, me consulte en février 1881 pour un ulcère de la joue, qui a débuté il y a trois ans et a résisté au traitement de plusieurs médecins et chirurgiens.

La joue est gonflée, rouge : ulcère de la grandeur d'un franc, à bords sanieux et fond dur, douleurs lancinantes dans le nez, œdème de la paupière inférieure.

L'examen microscopique donne des cellules épithé-

(1) *Maladies de la peau*, Paris, 3e édition, p. 534.

liales, les signes cliniques d'un épithélioma ne laissent point de doute aux médecins qui ont vu le malade. Le pronostic est grave à cause de l'insuccès des divers traitements employés : caustiques liquides, perchlorure de fer, nitrate de mercure, nitrate d'argent, etc., tout a contribué au développement progressif du mal.

Le 19 février 1881 je fais la première application de la pâte caustique, quatre applications suffisent pour détruire le néoplasme qui s'étendait jusqu'au périoste de l'os de la pommette ; le 30 mai, la guérison est complète et la cicatrisation des plus satisfaisantes au point de vue estéthique. M. L... se porte très bien aujourd'hui sans la moindre trace de récidive, sept ans après l'opération.

VIII. ULCÈRE (ULCUS RODENS) PERFORANT DE LA FACE.

En 1873, je fus consulté par Mme V..., rue des Éperonniers, à Bruxelles, pour un ulcère perforant de la face qui avait résisté à toute espèce de traitement. Je pris l'avis de M. le docteur Van Volxem, chirurgien des hôpitaux, qui avait vu la malade et qui m'écrivit que, d'après lui, cette personne était atteinte d'un ulcère perforant rebelle et par conséquent très grave pour l'avenir. Je fis trois applications de caustique, le 21, 22 et 23 mars 1873. L'opérée était radicalement guérie le 20 avril et, en 1888, elle jouit encore d'une parfait santé sans la moindre apparence de récidive.

2° AFFECTIONS DU SEIN.

IX. CANCER DU SEIN DROIT, OPÉRATION SUIVIE DE GUÉRISON RADICALE.

Mlle R..., née à Baronville, âgée de 50 ans, lingère rue

Beillard à Bruxelles, se heurte violemment le sein droit contre un meuble pendant l'hiver de 1880; douleurs vives qui ne s'apaisèrent qu'au bout de quelques jours. La sensibilité au toucher persiste pendant longtemps.

En septembre 1881, Mlle R... s'aperçoit d'une *glande dure* dans le sein ; de temps en temps douleurs lancinantes s'irradiant jusque dans l'aisselle. La *glande* grossit et les douleurs augmentent, un médecin consulté prescrit des frictions avec de la pommade de ciguë ; résultat négatif.

En mai 1882, Mlle R... vient me consulter. La tumeur du sein est mobile, dure, bosselée et de la grosseur d'une grosse noix. Je fais pressentir à la malade la nécessité d'une opération, mais elle me prie de vouloir bien essayer d'abord d'autres moyens, puisqu'elle prétend qu'une de ses amies a été guérie par moi d'une tumeur semblable par des pommades en frictions. Je prescris les pommades iodurées et l'iodoforme à l'intérieur, à la dose de six centigrammes par jour.

L'expérience m'a appris que l'iodoforme, à petites doses prises pendant assez longtemps, est très bien supporté par les malades et amène souvent la résolution complète des tumeurs ganglionnaires bénignes.

Au bout d'un mois la tumeur avait diminué sensiblement, mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. Une seconde tumeur dure parut à côté de la première dans le voisinage du mamelon ; les douleurs lancinantes augmentèrent et je conseillai l'opération le plus tôt possible.

Malheureusement, à la suite d'un refroidissement, Mlle R... fut prise, au commencement de juin 1882, d'une hépatite aiguë et nous dûmes différer l'ablation du sein.

Le 29 juillet 1882, nous procédons à l'opération par

le caustique de la tumeur squirrheuse ayant une étendue de quatre centimètres environ, elle est allongée en forme de poire dont la grosse extrémité est la première tumeur résultant du coup et qui s'est réunie à la seconde, développée plus tard. Il n'existe pas de glande dure dans l'aisselle. L'analyse des urines ne constate ni l'hypochlorurie ni l'hypoazoturie, urée 15 grammes par litre, chlorure 12 grammes.

Huit applications de caustique ont suffi pour détruire toute la tumeur.

La malade qui est très nerveuse et très impressionnable a parfaitement supporté le caustique, l'état général a toujours été des plus satisfaisants.

En coupant l'escharre tranche par tranche après les applications de caustique, nous avons pu nous assurer que cette tumeur qui semblait être dure, un vrai squirrhe, contenait des loges, des kystes renfermant de la matière encéphaloïde ramollie. Les parois de ces kystes se prolongeaient avec le tissu dur ambiant par des travées de tissu fibreux qui aboutissaient à un autre kyste. Ces kystes, au nombre d'une douzaine, sont éparpillés dans le tissu de la glande mammaire dont ils ont pris la place dans la moitié supérieure du sein.

Il ne faut pas confondre ce cas avec la *maladie kystique* de la mamelle (maladie de Reclus) qui, d'après les recherches de Malassez, Brissaud, de Besançon et de Lion sont de véritables *épithéliomas ;* il suffit de lire *La clinique chirurgicale*, publiée par le docteur Paul Reclus, dans *La revue de chirurgie*, en octobre 1883 ; la thèse de M. Brissé Saint-Mascary, l'analyse de M. A. Broca dans *La gazette hebdomadaire*, et la communication faite par le docteur Paul Reclus dans le n° 10, du 3 avril 1887, du *Bulletin médical de Paris*, pour s'assurer de la

différence de ces deux espèces de tumeurs qui présentent par les kystes et certains éléments histologiques, quelques analogies.

Le 6 août la dernière application de caustique a été faite, tout le sein est détruit, mais en forme d'excavation, de façon à diminuer l'étendue de la plaie et de faciliter la réunion après la chute de l'escharre.

Le 12 août l'escharre tombe et laisse à découvert une belle plaie profonde de 4 centimètres et d'une étendue de 12 centimètres sur 6.

Réunion au moyen de bandelettes au collodion afin d'obtenir une cicatrisation rapide et linéaire. Le mamelon nous paraissait très sain, nous l'avons ménagé et conservé afin de refaire en quelque sorte une mamelle, ce qui eut été difficile, si pas impossible, par l'instrument tranchant.

L'opérée s'est levée chaque jour au moins six heures et sa santé s'est modifiée sous l'influence du caustique, sa bronchite chronique accompagnée d'asthme rhumatismal a considérablement diminué; l'état général est très satisfaisant.

Le 15 août, la plaie réunie par les bandelettes au collodion a diminué des deux tiers, et le 7 décembre l'opérée, guérie radicalement, jouit d'une santé ravissante.

Depuis lors je suis resté le médecin de cette dame; sa bronchite et son asthme rhumatismal reparaissent habituellement deux fois par an, mais avec moins d'intensité. Quant au sein il est guéri, sans la moindre trace de récidive; la cicatrice est linéaire, blanche et lisse.

J'ai revu l'opérée le 18 avril 1888, c'est-à-dire six ans après l'opération et elle n'a plus éprouvé le moindre symptôme de ce côté.

Une remarque importante dans cette opération c'est :

1° L'innocuité absolue du caustique;

2° Son action bienfaisante sur l'état général de la malade et sur l'asthme et la bronchite dont elle souffrait;

3° Le caustique nous montra qu'au lieu d'avoir à faire à un squirrhe, nous nous trouvions aux prises avec un cysto-sarcome encéphaloïde;

4° Que l'opération pratiquée par le bistouri aurait été presque sûrement suivie de récidive, puisque en suivant les règles de l'art opératoire il eut été impossible d'enlever ou de détruire complètement les prolongements multiples qui s'étendaient même bien au-delà de la tumeur et qui réunissaient entre eux les nombreux kystes disséminés dans le néoplasme.

X. CANCER ENCÉPHALOÏDE DU SEIN; OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE EN 1881, RÉCIDIVE EN 1884, SECONDE OPÉRATION; MORT.

En septembre 1881 je fus appelé en consultation par M. le docteur Ketelbant, médecin de Mme D..., rentière, rue Piers à Bruxelles.

Mme D... est née en 1806; elle a mis au monde plusieurs enfants qu'elle a nourris et n'a jamais fait de maladie grave. D'une constitution lymphatico-sanguine, elle porte allègrement ses 75 ans.

Voici les renseignements donnés par la malade et qui nous paraissent d'une grande importance au point de vue de l'étiologie :

Au mois d'avril 1881, jouant avec un de ses petits enfants qu'elle tenait sur les genoux, l'enfant lui donna un violent coup de tête sur le sein droit, Mme D... en ressentit une vive douleur mais n'y fit pas grande atten-

tion, elle s'aperçut d'une tache bleue (ecchymose) de la grandeur d'une pièce de cinq francs qui disparut au bout de quelque temps, mais il resta une grosseur à la partie supérieure du sein, cette tumeur augmenta insensiblement de volume et des douleurs lancinantes se manifestèrent de plus en plus.

C'est alors que Mme D... se décida à consulter son médecin, M. Ketelbant, qui prescrivit des résolutifs sans aucun succès. La tumeur se développant de plus en plus, M. le docteur Ketelbant me fit demander en consultation. Nous constatâmes une tumeur bosselée, dure en certains endroits, molle et fluctuante en d'autres, elle est mobile et a envahi tout le sein droit.

Diagnostic : cancer du sein sur le point de s'ulcérer.

Pronostic : très grave, vu :

1° L'âge avancé du sujet, 75 ans ;

2° La rapidité du développement qui a envahi tout le sein en moins de six mois ;

3° La nature maligne (cancer encéphaloïde) très sujet à récidive ;

4° Le tempérament lymphatique du sujet ;

5° Des renseignements de famille qui nous apprennent qu'une sœur est aussi morte de cancer.

Malgré ces considérations, nous décidons que l'opération doit être pratiquée au plus tôt, parce que la tumeur est près de s'ulcérer et que nous devons redouter les hémorragies, la résorption de l'ichor cancéreux et la cachexie qui, dans ces cas, amène la mort à bref délai.

L'opération par le caustique est surtout indiquée ici parce qu'elle est hémostatique, antiseptique et sans danger.

L'analyse des urines, faite par M. Denayer, donne le résultat suivant :

Densité, 1,020, réaction acide.
Résidu sec, 40 grammes (coeff. 2).
Urée, 16,009 grammes.
Acide urique, 0,658 »
Chlorures, 7,599 »

Cette analyse, suivant la théorie du docteur Rommelaere, devrait nous autoriser à porter un diagnostic favorable, puisque nous nous trouvions devant une tumeur bénigne, alors que les signes cliniques nous donnaient la certitude d'une tumeur maligne et d'un pronostic peu favorable.

Le 30 septembre 1881 nous procédons à l'opération par le caustique ; neuf applications suffisent pour détruire totalement le sein ; le 20 octobre l'escharre se détache ; réunion de la plaie par des bandelettes au collodion, pansements simples tous les jours ; guérison le 21 novembre 1881.

La santé de l'opérée fut excelente jusqu'en 1884 ; en janvier, la récidive se produisit, mais Mme D... tint la chose cachée jusqu'à ce que l'ulcération accompagnée d'hémorragie considérable se manifesta le 2 mars 1884

Le docteur Ketelbant me rappella en consultation et nous constatâmes une tumeur ulcérée d'où s'écoulait du sang ichoreux et fétide en grande quantité.

Le teint de la malade n'est point jaune paille, comme dans la cachexie, mais *jaune bronzé*, ce qui dénote *des phénomènes de résorption septique* que le docteur Bougard a si bien décrits dans son livre : *Étude sur le cancer*. La malade tousse, l'auscultation révèle les signes de bronchite chronique, et une affection organique du cœur avec insuffisance de la valvule mitrale et dilatation du ventricule.

L'analyse des urines donne :

Urée, 16 grammes 58.

Chlorure, 6.65.

Malgré l'état désespéré de la malade, nous recourons à la cautérisation par le caustique, dans le but d'arrêter l'hémorragie et de combattre les accidents septiques.

La première application de caustique nous fait découvrir une poche s'étendant sur le muscle pectoral et jusqu'au bord droit du sternum ; le fond de cette vaste excavation est tapissé de bourgeons exubérants, blafards, semblables à de la chair de grenouille, et remplie de sang noir et fétide.

L'étendue de la surface cautérisée pour détruire complètement le néoplasme est de 17 centimètres sur 13 de largeur, soit 221 centimètres carrés de surface.

Aucun symptôme fébrile ne se manifeste, le pouls est à 80 le matin et à 84 le soir ; la température ne dépasse pas 37°7 centigrades.

Dix applications de caustique sont faites du 5 mars au 14 mars 1884.

L'état général est excellent, l'appétit bon, les douleurs supportables et les nuits très satisfaisantes, malgré les 78 ans de l'opérée.

Le 22 mars l'escharre est tombée, la plaie est très saine et de bel aspect ; le muscle pectoral est admirablement disséqué par le caustique.

Le 25 mars quelques bourgeons suspects apparaissent aux bords inférieur et supérieur de la plaie, nous réappliquons deux fois le caustique, le 26 et le 27 mars. Le 5 avril, l'escharre s'est détachée, la plaie est saine et bourgeonnante, l'état général est satisfaisant sous tous les rapports.

Le 15 avril, la plaie est cicatrisée dans la plus grande

partie de son étendue, mais la malade, à la suite d'un refroidissement contracté par imprudence, est prise de bronchite aiguë, avec fièvre et endocardite. Le pouls est à 90 et devient faible, irrégulier, intermittent.

Le 22 avril, à 4 heures du matin, la malade succombe dans une syncope.

Cette observation nous semble des plus intéressantes, elle montre :

1° L'innocuité du caustique, même appliqué sur de très grandes surfaces et chez des sujets débilités par l'âge ou par des affections chroniques.

2° L'action hémostatique puissante et antiseptique du caustique qui peut être très utile en cas d'ulcères fétides, d'anthrax malins, de plaies avec hémorragie rebelle, etc.

3° La rapidité avec laquelle les plaies par le caustique se cicatrisent sans autres soins que les pansements simples.

4° L'absence absolue de réaction générale et de trouble dans l'économie et les fonctions du sujet.

5° La possibilité de prolonger l'existence même dans des cas désespérés et inopérables par l'instrument tranchant.

XI. TUMEUR CARCINOMATEUSE DU SEIN, ULCÉRÉE, OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE, GUÉRISON COMPLÈTE, opérée par les docteurs A. DÉLÉTREZ et J. FÉLIX (1).

Mlle M. L..., maîtresse d'étude dans un pensionnat du Brabant, est âgée de 50 ans, sa constitution est profondément altérée. En novembre 1881, elle s'aperçut d'une dureté au sein, tumeur du volume d'un œuf de poule.

(1) Extrait des *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1886.

Le médecin de l'établissement fut alors consulté et réserva son appréciation. Il conseilla bientôt de consulter un des plus éminents chirurgiens de l'Université de Bruxelles.

Mlle L... se présenta chez ce professeur, en décembre 1881, qui l'examina, lui conseilla de se fortifier et de revenir dans six semaines. Dans cet intervalle, sur la demande de la directrice de l'établissement, le médecin du pensionnat vint à Bruxelles et eut un entretien avec le professeur au sujet de la malade.

Tous deux furent d'accord sur le diagnostic (tumeur carcinomateuse du sein) et décidèrent de ne faire aucune opération, vu l'état de faiblesse de la demoiselle. Ils prescrivirent des pommades qui n'empêchèrent pas le développement progressif du néoplasme.

En mars 1882, la malade revint à Bruxelles se faire examiner par le professeur qui, cette fois, lui fit une *ponction exploratrice d'où s'écoula un liquide brun chocolat.*

(Notre expérience nous a appris combien les ponctions exploratrices sont nuisibles en pareil cas et combien elles contribuent à donner *un coup de fouet* au développement du néoplasme).

Il encouragea la malade et lui fit comprendre qu'elle devait se résigner à garder sa tumeur et ne pas compter sur les moyens chirurgicaux pour lui enlever avantageusement son mal.

La tumeur ayant considérablement augmenté depuis la première entrevue, il lui conseilla de porter un appareil suspensif.

Complètement découragée Mlle L... ne voulut plus aucun médecin.

En octobre 1884, souffrant de l'estomac qui refusait toute nourriture, Mlle L... fit appeler le médecin de l'éta-

blissement qui lui parla de sa tumeur et demanda à la voir ; elle avait atteint le volume d'*un gros melon*, sa surface était recouverte de taches noires, au point que le médecin et une institutrice présente à la visite ne purent cacher leur stupéfaction.

Le 16 novembre 1884, la tumeur s'ulcéra en divers endroits qui se réunirent bientôt pour ne plus former qu'un infect cloaque. Malgré les pansements antiseptiques, l'infection était intolérable. La faiblesse de la malade devint extrême ; les pieds et les jambes s'œdématièrent ; des accès de fièvre intermittente pernicieuse survinrent ; la tumeur augmenta de jour en jour et les phénomènes les plus inquiétants se manifestèrent et semblèrent annoncer une fin prochaine.

Le 8 septembre 1885 le docteur Délétrez fut appelé auprès de la malade ; l'odeur infecte dans la chambre était telle qu'il fallait lutter d'énergie pour y résister. La tumeur ulcérée mesurait 56 centimètres dans sa plus grande circonférence, 35 centimètres dans le sens transversal et 36 centimètres dans le sens vertical ; son poids pouvait atteindre au moins trois kilogrammes.

A la partie externe, près du mamelon, se trouvait une ulcération entourée de bourgeons de très mauvais aspect ; un liquide sanieux fétide, mélangé *de détritus* s'en écoulait, de grosses veines variqueuses sillonnaient le sein, les vaisseaux lymphatiques de la peau avoisinante se présentaient sous forme de stries rougeâtres.

Fait remarquable, aucun engorgement ganglionnaire dans l'aisselle ni dans aucune région voisine.

L'état de santé de la malade était on ne peut plus délabré ; tous les symptômes de la *résorption putride*, décrits par Bougard et qui n'est que l'empoisonnement par les *ptomaïnes cadavériques*, étaient manifestes ; marasme,

inappétence, vomissements incoercibles, *teint jaune bronzé,* haleine fétide, salive sanieuse, peau poisseuse, pouls faible à 130; en un mot, l'économie ne pouvait guère résister longtemps à cette lutte ultime.

Le 15 septembre M. le docteur Délétrez me fit demander en consultation pour décider d'une opération que la malade réclamait à grands cris, préférant mourir au plus tôt que de vivre encore dans de si atroces conditions.

Le 16 septembre M. le docteur Délétrez et moi nous pratiquâmes l'opération de cette énorme tumeur, par une application de caustique, suivant une ligne convexe embrassant la moitié supérieure de la base de la tumeur, nous proposant d'atteindre par des cautérisations successives toute la base de la tumeur au moyen d'un large sillon creusé.

Du 16 septembre au 11 octobre nous fîmes vingt-six applications de caustique, sans que la malade en souffrit beaucoup; au contraire l'appétit, les forces, le sommeil semblaient revenir progressivement et à mesure que le caustique détruisait le néoplasme. Le 24 octobre l'escharre tomba et laissa voir une plaie des plus saines mesurant plus de *quarante centimètres* de circonférence.

Dès ce jour le traitement consista en pansements à la charpie sèche. Le 14 décembre Mlle L... quittait la maison de santé de la rue des Cendres parfaitement guérie et dans un état de santé des plus satisfaisants.

Depuis Mlle L... a repris ses leçons au pensionnat, nous l'avons revue en avril 1888, et elle jouit toujours de la meilleure santé, sans la moindre trace de récidive, au contraire, la cicatrice est blanche, lisse, souple et semble se rétrécir encore.

Cette observation établit que :

1° Le caustique a pu être employé avec succès alors qu'un chirurgien des plus distingués des hôpitaux de Bruxelles renonçait à toute espèce d'opération, vu la gravité du diagnostic et du pronostic.

2° Que le caustique, malgré l'étendue extraordinaire de son application, a réveillé plutôt l'énergie, l'activité vitale chez la patiente et a combattu victorieusement l'empoisonnement septique (*leucomaïque* ou *ptomaïque*) auquel elle était en proie.

3° Le rétablissement des fonctions digestives et de la nutrition.

4° La guérison inespérée se maintenant depuis trois ans avec une santé parfaite.

XII. CANCER DU SEIN DROIT, ADHÉRENT AUX CÔTES. OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE. GUÉRISON.

Le 14 janvier 1881, Mlle P..., 26 ans, célibataire, de bonne constitution, de tempérament nerveux, nous consulte pour une tumeur du sein droit qui la fait beaucoup souffrir depuis six mois et qui a atteint le volume d'un œuf de dinde. Les douleurs *lancinantes* et nocturnes deviennent intolérables, surtout la nuit et la santé commence à s'altérer.

A l'examen : tumeur volumineuse, dure, bosselée, en partie mobile mais dont la base semble adhérente aux côtes, pas de ganglions axillaires indurés. Opération par le caustique le 15 janvier 1881 jusqu'au 21 janvier, sept applications de caustique ont été faites ; le 18 janvier après la troisième cautérisation, nous découvrons au centre de la tumeur un vaste kyste rempli de matière colloïde et un peu de sang, l'examen microscopique nous donne des cellules épithéliales abondantes plus

ou moins déformées, des cellules rondes, des corpuscules de graisse; ce qui nous autorise à diagnostiquer un *cysto-sarcome encéphaloïde du sein.*

Le 21 avril 1881 la malade est parfaitement guérie, la cicatrisation est complète et la santé ne laisse rien à désirer. En 1886 nous avons revu la malade qui jouissait d'une parfaite santé sans la moindre trace de récidive.

3° AFFECTIONS UTÉRINES.

XIII. SQUIRRHE DU COL UTÉRIN.

Mme v^{e} H..., de Jodoigne, 32 ans, ayant eu deux enfants, d'un tempérament lymphatique vient me consulter en mars 1874. Elle souffre depuis huit mois de douleurs dans le ventre, surtout dans les hypochondres. La menstruation n'est plus régulière, les douleurs sont lancinantes et exaspérées, pendant la nuit elles s'irradient dans les cuisses et produisent parfois une miction pénible, sans que les urines présentent cependant *aucun caractère pathologique spécial. Douleurs dans les reins et dans les aînes, quand elle se fatigue et plus encore quand elle voyage en chemin de fer et surtout en voiture* (signes pathognomoniques d'une affection *du col utérin*).

La malade s'est beaucoup affaiblie et a maigri considérablement, anémie, dyspepsie gastro-intestinale, bruit de souffle artériel, vapeurs, dispositions fréquentes à la syncope. La malade nous dit avoir consulté bien des médecins dont les divers traitements n'ont amené aucune amélioration. M. le docteur Hubert, père, professeur de gynécologie à l'Université de Louvain, la croit, nous dit la malade, atteinte de cancer au col de la matrice et

pense qu'une opération doit être pratiquée sans tarder.

Un chirurgien de Bruxelles qu'elle a consulté depuis et à qui elle a confié l'opinion du professeur Hubert refuse de l'opérer.

L'examen au spéculum nous montre :

Col utérin hypertrophié, surtout dans sa moitié gauche, dont la lèvre est considérablement augmentée de volume, tissu dur, lardacé, sans ulcération.

Le toucher vaginal donne les renseignements suivants :

Col utérin allongé, dur, bosselé ; sa lèvre gauche est noueuse, hypertrophiée. La lèvre droite est presque normale.

Le toucher rectal nous révèle un utérus non douloureux, de volume normal, sans dureté, ni nodosité.

Pas d'adénites inguinales, ni de ganglions mésentériques engorgés; pas non plus de traces de ganglions durs, dans le cul-de-sac rétro-vaginal, que le docteur Tillot Émile, médecin-inspecteur des eaux minérales de Luxeuil, a signalé comme un signe caractéristique des affections organiques *du corps de l'utérus*, aiguës ou chroniques ; ce signe clinique nous paraît de la plus haute importance dans le *diagnostic différentiel* des affections de l'utérus (1).

La sensation au toucher de l'irrégularité des bosselures du col, qu'a signalé le professeur J. H. Bennet, comme signe pathognomonique du cancer du col, alors que dans la métrite simple ou l'hypertrophie du col, les fissures qui sillonnent le col rayonnent régulièrement de son ouverture vers le centre, tous ces signes cliniques nous font diagnostiquer *un cancer squirrheux du col utérin*.

(1) *De l'adénite périutérine chronique en petits noyaux*, par le docteur Emile TILLOT, médecin-inspecteur à Luxeuil ; Paris, 1885.

Nous proposons à la malade l'opération par le caustique qu'elle accepte. Le 2 avril 1874, première application de pâte caustique sur le col utérin; le 3 avril, excision de l'escharre par des ciseaux que nous avons fait confectionner pour cet usage; deuxième cautérisation; le 4 avril, troisième application du caustique.

Le 5 avril, bains, irrigations émollientes.

Le 29 mai, la malade retourne chez elle parfaitement guérie.

Depuis lors Mme H... ne manque jamais de venir me voir une ou deux fois par année. Je l'ai revue et visitée en janvier 1888, elle jouit d'une santé parfaite et depuis quatorze ans elle n'a plus souffert du tout de la matrice.

XIV. ULCÈRE CANCÉREUX DU COL UTÉRIN (ÉPITHÉLIOMA). OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE. GUÉRISON.

Mme v^e^ de C..., propriétaire à Londres, a eu trois filles dont la cadette est âgée de 17 ans. Depuis six ans elle souffre fréquemment d'hémorragies utérines abondantes qui l'ont plongée dans un état d'anémie et d'affaiblissement profond. Chaque époque menstruelle est précédée, accompagnée et suivie de douleurs utérines, abdominales très violentes s'irradiant à la région lombo-sacrée (signe caractéristique des affections du col utérin). Le sang qu'elle perd est, au début surtout, noir, fétide, d'odeur sui-généris qui fait diagnostiquer le cancer au praticien expert et habitué à traiter ces tristes affections.

Depuis six ans Mme de C... a subi divers traitements sans succès. Les médecins anglais et français qu'elle a consultés la déclarent atteinte d'un ulcère cancéreux du col utérin, laissant peu de chance de guérison.

Le dernier chirurgien qu'elle a consulté en Angleterre

lui a conseillé de passer l'hiver en Belgique où le climat est meilleur et moins humide qu'à Londres.

Arrivée à Bruxelles le 28 novembre 1874, Mme de C..., à peine descendue à l'hôtel, est prise d'hémorragie utérine grave, accompagnée de douleurs vives et de syncopes, qui met ses jours en danger.

Je suis appelé à lui donner des soins et j'ai recours à la médication générale tonique et hémostatique locale, surtout le tamponnement du vagin.

Le 29 novembre, l'état de la malade est moins grave, et le 30 novembre toute hémorragie a cessé. La malade peut prendre quelque nourriture substantielle; les douleurs ont cessé sous l'influence d'une potion composée de 2 grammes de solution de perchlorure de fer à 30° et de 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans 150 grammes d'eau de menthe.

Le 2 décembre 1874 l'état satisfaisant de la malade me permet l'examen attentif des organes génitaux. Le toucher et le spéculum me font découvrir un ulcère fongueux du col, à bords calleux, durs, irréguliers, cet ulcère a envahi l'orifice externe et la partie centrale du col fortement hypertrophié, et la sanie qui s'en écoule répand une odeur caractéristique, *cancéreuse* qui ne trompe pas.

L'examen du raclage de l'ulcère au microscope découvre des cellules épithéliales nombreuses et caractéristiques, ce qui vient confirmer le diagnostic *clinique* qui du reste ne trompe jamais chez le médecin attentif et habitué à l'étude et à la marche de ces affections.

N'ayant pas constaté de ganglions durs aux aines, dans le péritoine, ni dans le cul-de-sac rétro-vaginal, nous étions autorisé à croire à l'absence de la cachexie et à conseiller l'opération par le caustique.

La malade accepta notre conseil et nous dit qu'elle

était disposée à courir toutes les chances d'une opération quelque grave qu'elle fût, puisqu'elle avait la conviction de ne pouvoir plus vivre longtemps.

Le 4 décembre 1874, après avoir vidé la vessie, et protégé par de la charpie les parois du vagin, je remplis l'excavation faite au col utérin par l'ulcération, d'une pâte caustique composée de farine de froment, chlorure de zinc et acide phénique cristallisé en parties égales et manupilée de façon à pouvoir s'en servir comme du mastic des vitriers. Je laissai cette pâte caustique à demeure pendant douze heures, administrant à la malade, très courageuse, une potion composée de :

Hydrate de chloral.	2 gr.
Sirop morphine	50 —
Eau distillée.	100 —

A prendre une cuillerée tous les quarts d'heure jusqu'à sommeil.

Le 5 décembre, nouvelle application de caustique, les douleurs sont très violentes et des signes de péritonite se manifestent; pouls à 120, fièvre, nausées. Une potion composée de 4 grammes de chloral et de 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine plus un gramme d'alcoolature d'aconit, prise par cuillerée toutes les demi-heures, rétablit le calme.

Le 6 décembre, l'escharre est très dure et un liquide fétide s'écoule par le vagin.

Injections et irrigations vaginales avec la décoction de quinquina 1000 grammes, additionnée de 500 grammes d'alcool camphré et de 5 grammes d'acide phénique liquide.

Tamponnement du vagin avec l'ouate imbibée de glycérine phéniquée.

Le 12 décembre, l'escharre s'est détachée et au moyen d'une pince je retire du vagin une tumeur composée de tout le col utérin et de la paroi postérieure qui forme le cul-de-sac du vagin, et laissant voir l'érosion des tissus par l'ulcère.

A partir de ce jour l'opérée va parfaitement bien : un bon régime, des toniques et des ferrugineux rétablissent ses forces et le 25 décembre, la cicatrisation est terminée, la malade sort en voiture et la guérison est complète.

En décembre 1881, j'ai appris que Mme de C... jouissait encore d'une parfaite santé; depuis je n'ai plus eu de ses nouvelles.

XV. CANCER DU COL ET DE L'UTÉRUS, OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE. MORT.

Mme Van C..., rue Vanderstichelen, est atteinte d'hémorragies utérines fréquentes et de douleurs vives et lancinantes, s'irradiant dans le bassin, les cuisses et même les jambes, adénites inguinales.

Le 13 août 1877 je constate un épithélioma ulcéré du col utérin, des ganglions durs péri-utérins, l'utérus est dur au toucher, et l'odeur de la sanie qui s'écoule par le vagin est caractéristique. Quoique le cas fût défavorable et ne pouvait nous donner l'espoir d'une guérison radicale, et que l'extirpation complète de l'utérus fût contre indiquée à cause de l'extension du mal aux ganglions du bassin ce qui est un signe certain de l'insuccès de l'hystérectomie, je conseillai l'application du caustique pour arrêter les hémorragies fréquentes qui épuisaient la malade, et empêcher l'auto-infection et la résorption des produits septiques. Je pus donner ainsi

une existence supportable à cette dame depuis le 13 août 1877 jusqu'au 16 octobre 1878.

Fatiguée de n'être pas guérie elle se fit soigner ailleurs et j'appris sa mort trois mois après. Cette observation a son prix; elle montre combien l'examen des organes génitaux doit être minutieux; l'importance qu'il faut attacher à l'existence des ganglions péri-utérins signalés par le docteur E. Tillot, de Luxeuil, à la présence d'adénopathies inguinales et aux signes caractéristiques du col utérin, signalés par le chirurgien anglais Bennet, et combien il est prudent de s'abstenir dans ces cas d'une opération radicale qui précipite la mort et procure, même au chirurgien, de tristes déceptions (1).

4° OBSERVATIONS DIVERSES.

XVI. LUPUS EXEDENS DU NEZ.

Mme B..., de Clève, 60 ans, est atteinte de lupus exedens du nez qui a résisté depuis plusieurs années à tous les traitements institués.

Nous la soignons avec M. le docteur Délétrez. Le 19 novembre 1886 nous procédons à l'opération. Deux applications de pâte caustique suffisent; l'escharre tombe sept jours après; aucun symptôme fébrile ne se présente, et le 17 décembre 1886 cette dame retourne chez elle enchantée du résultat; cicatrisation complète, régulière et sans difformité.

(1) (Voir à ce sujet le *Traité des maladies des femmes*, par Flettwood Churchill, professeur à l'Université de Dublin. Traduit de l'anglais sur la 5e édition. Paris, Baillière et fils, 1866, p. 313, 430 et suivant.)

XVII. ULCÈRE ÉNORME DE LA JAMBE.

M. Le S..., menuisier entrepreneur, à Namur 67 ans, de tempérament sanguin et lymphatique, souffre depuis vingt ans d'un énorme ulcère à la jambe que rien n'a pu guérir.

Le 26 mai 1887 nous constatons un ulcère calleux, à bords durs, à fond blafard, sanieux, des productions osseuses se présentent à sa base sans qu'on puisse les rattacher à la néoplasie d'un os voisin.

Diagnostic : ostéo-sarcome et ulcère. Cet ulcère a envahi le mollet et la partie postérieure de la jambe sur une étendue de 22 centimètres de longueur sur 12 centimètres de largeur.

Les néoplasies osseuses sont spongieuses et très adhérentes aux tissus ambiants.

Après la première application de la pâte caustique, nous arrachons avec la pince à dents de lion ces productions osseuses. Huit applications consécutives de caustique ont suffi pour détruire complètement le néoplasme et le réduire à une plaie simple, bourgeonnante et de bonne nature. Des pansements avec les feuilles d'étain amènent la cicatrisation progressive.

J'ai revu l'opéré le 18 avril 1888 pour la dernière fois; il jouit d'une parfaite santé, ne souffre plus et exerce son métier fatigant comme s'il n'avait jamais souffert de la jambe.

XVIII. CICATRICE VICIEUSE RÉSULTANT D'UN ABCÈS FROID AU COU. OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE. GUÉRISON.

Mlle A..., à Wavre, porte au cou une cicatrice vicieuse mamelonnée et ratatinée, très laide. Plusieurs chi-

rurgiens ont tenté l'autoplastie sans aucun succès.

En mai 1875 la malade nous consulte; deux applications de caustique suffisent. A la chute de l'escharre, plaie saine et bourgeonnante, réunion par des bandelettes au collodion; au bout d'un mois cicatrice lisse, blanche, souple et définitive.

XIX. ABCÈS FISTULEUX LE LONG DE LA COLONNE VERTÉBRALE RÉGION SACRO-LOMBAIRE. OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE. GUÉRISON.

Mme R..., rue des Bouchers à Bruxelles 28 ans, nous consulte en juillet 1879; depuis deux ans elle souffre à la région lombo-sacrée, d'abcès, que plusieurs chirurgiens ne sont pas parvenus à guérir :

Incisions, injections de liquides modificateurs ou caustiques; tout a échoué. A l'exploration par le stylet, nous constatons des trajets fistuleux dans une étendue d'environ dix centimètres des deux côtés des apophyses épineuses du rachis.

Mme R... nous dit qu'il y a deux ans, se trouvant baissée pour nettoyer le trottoir de son magasin, un individu qui passait lui asséna un violent coup de poing au bas des reins. Mme R... tomba évanouie; quelques jours après de grandes souffrances un gonflement et des abcès se formèrent; des incisions *petites* furent faites par son médecin, depuis lors aucun traitement n'a pu la guérir.

Nous conseillons à la malade la destruction de tous les clapiers par le caustique.

Le 29 juillet 1879 nous procédons à la première application de caustique, dans une étendue de dix centimètres sur deux, trois applications de caustique suffirent pour

réduire le tout en une plaie simple dont le fond est l'aponévrose.

Nous ferons remarquer que le caustique produisit des douleurs et des fourmillements jusque dans les mains et les talons. Le 1er octobre 1879, Mme R... était radicalement guérie et puisque nous sommes resté son médecin, nous pouvons affirmer que depuis neuf ans elle n'a plus rien ressenti, la cicatrice est belle et linéaire.

XX. CARIE DES CÔTES ANCIENNE; OPÉRATION PAR LE CAUSTIQUE. GUÉRISON.

Mme M..., négociante rue Vanderstichelen, a été atteinte de pleurésie traumatique, il y a six ans; depuis lors elle souffre du côté droit et trois plaies suppurantes ne parviennent pas à se guérir.

Le 27 juin 1874, nous constatons trois trajets fistuleux dans le côté droit, au niveau de la 7e et 8e côte. Le stylet introduit ne nous permet pas de pénétrer dans la poitrine, nous sentons une surface rugueuse des côtes dépouillées de leur périoste, dans une étendue de trois centimètres environ.

Nous introduisons de la pâte caustique dans les trajets fistuleux que nous réduisons ainsi en une large plaie, trois applications de caustique suffisent, et le 31 octobre la malade est guérie, sans avoir dû se mettre un seul jour au lit, ni renoncer aux occupations de son ménage.

XXI. KYSTES SÉBACÉS DU CUIR CHEVELU.

Mme H..., propriétaire, à Saint-Gilles, est atteinte depuis plusieurs années de néphrite chronique et albumineuse avec glycosurie légère. Elle souffre beaucoup

de deux kystes sébacés à la tête et désire les faire enlever.

Vu le danger des opérations sanglantes chez ces malades, dangers signalés par le docteur Verneuil dans ses leçons cliniques, nous conseillons le caustique ce que cette dame accepte très volontiers.

Le 2 décembre 1885, nous procédons à l'opération, deux applications de caustique, la première linéaire pour mettre le kyste à découvert, la seconde pour cautériser le fond de la plaie afin d'éviter la récidive, car Mme H... nous fait remarquer qu'un de ces kystes, gros comme un œuf de pigeon, a déjà été opéré à Liège, il y a quelques années.

Deux opérations suffisent et la malade est guérie le 30 décembre. Plus de récidive depuis.

XXII. TUMEURS CORNÉES ET ÉPITHÉLIALES.

Mme Ve N..., 74 ans, rentière, à Saint-Josse-ten-Noode, me consulte en 1877, pour une excroissance de tissu corné, de 2 centimètres de longueur et du diamètre d'un gros crayon, situé à la face dorsale de la main droite, entre le premier et le deuxième métacarpien.

Ligature de la tumeur au moyen du fil d'argent, excision et application de caustique; guérison définitive en quelques jours.

En 1879, tumeur semblable située à l'aile gauche du nez, même opération, guérison complète.

En 1880, une troisième tumeur de même nature située à la joue droite, au-dessous de l'arcade zigomatique, cornée, d'une longueur de trois à quatre centimètres et dont la base est grande comme une pièce de cinquante centimes. Même traitement, même résultat.

Le 22 décembre 1882, Mme N... me consulte pour une tumeur à la lèvre supérieure, près de la commissure droite, saignant au moindre attouchement.

Le microscope décèle un épithélioma ; trois applications de caustique suffisent pour détruire complètement le néoplasme ; rapprochement par des bandelettes au collodion, cicatrisation sans déformation de la bouche, le 4 janvier, c'est-à-dire en quinze jours.

L'analyse des urines n'a point révélé d'hypoazoturie ni d'hypochlorurie. J'ai revu Mme N..., en 1883, et elle se portait parfaitement bien, en 1886, elle vivait encore en parfaite santé malgré ses 83 ans. Cette observation est remarquable par les diverses manifestations de tumeurs épithéliales qui se sont formées en divers endroits et sans aucun signe de cachexie, les urines ont toujours été normales.

XXIII. OBSERVATION D'UN CAS DE CANCER ENCÉPHALOÏDE DE L'AVANT-BRAS GAUCHE, AU NIVEAU DU PLI DU COUDE, DESTRUCTION DES OS, TEINT CACHECTIQUE ; GUÉRISON MOMENTANÉE.

Le nommé C..., trente deux ans, cultivateur, à Estiennes-au-Mont, porte depuis deux ans un cancer encéphaloïde situé au tiers supérieur de l'avant-bras. Il a été opéré par le bistouri, il y a un an ; récidive immédiate.

En mai 1875 la tumeur a 15 centimètres de diamètre, est irrégulière, bosselée et présente en certains endroits une fausse fluctuation. Le malade est maigre, de teint gris-jaune très prononcé.

De plus il est atteint d'hydrothorax à droite.

Nous procédons, le docteur Bougard et moi, à l'opération de l'hydrothorax par la méthode aspiratrice ; un

1/2 litre de liquide citrin est retiré. L'hydrothorax se guérit. Le 24 mai 1875 nous appliquons le caustique, mais après trois applications, nous découvrons vers l'articulation du coude des poches remplies de putrilage infect et sanieux ; les os sont réduits en une espèce de bouillie et l'articulation du coude est largement ouverte, l'amputation du bras est nécessaire.

J'appliquai à l'union du tiers inférieur du bras avec le tiers moyen une couronne de caustique ; quatre applications suffirent pour tout cautériser y compris les vaisseaux et les nerfs jusqu'à l'os que je sciai ; pas la moindre hémorragie ; le malade n'a pas gardé le lit et a bien dormi et bien mangé. Je réappliquai dans le méat médullaire et sur toute la plaie une dernière couche de caustique ; le lendemain le malade se promena toute la journée à la campagne et trois semaines après la plaie était parfaitement cicatrisée.

Nous l'avons revu en novembre et il se portait très bien. Nous avons appris qu'il était mort en décembre 1875 d'une maladie de poitrine, mais nous n'avons pu recueillir d'autres renseignements.

XXIV. OBSERVATION D'UN CAS DE CANCER ÉPITHÉLIAL DE L'AVANT-BRAS GAUCHE, RÉCIDIVÉ PLUSIEURS FOIS APRÈS DIVERSES OPÉRATIONS ET SUIVI DE GUÉRISON RADICALE PAR NOTRE CAUSTIQUE.

M. B..., 50 ans, employé à Namur, de très bonne constitution, s'est aperçu il y a un an d'une espèce de durillon, gros comme une noisette, à la région antérieure de l'avant-bras.

Le 8 janvier 1884, son médecin fit l'excision de cette tumeur qui fut suivie de suppuration et d'érysipèle

grave ; cicatrisation incomplète et récidive avec augmentation de la tumeur. Cette fois le médecin fait une large application de pâte de Canquoin ; une escharre large et épaisse comme une grande figue se détache ; cicatrisation rapide et complète au bout de quinze jours. Récidive à côté de la cicatrice. Au mois de mai le médecin réapplique la pâte caustique de Vienne, puis le canquoin, puis le fer rouge sans aucun résultat. La tumeur se reproduit avec une activité plus grande. Au mois d'août application de vésicatoires, de caustique de Vienne, de pâte de Canquoin et de fer rouge sans aucun résultat favorable, au contraire.

Le 8 novembre 1884, M. B... vient nous consulter. Tumeur ulcérée de 4 centimètres sur 2 1/2 centimètres, à base dure d'au moins quatre centimètres de diamètre, état sanieux caractéristique de l'ulcère.

Le malade ne peut attribuer la cause de son mal qu'à un violent effort musculaire après lequel il a ressenti souvent de très vives douleurs au pli du coude. Je trouvai le cas très grave et très rebelle et je redoutai un insuccès probable.

Mais le malade insista pour me faire tenter l'opération par le caustique. Dix applications suffirent pour détruire tous le néoplasme qui s'étendait jusqu'à l'aponévrose et en a nécessité la cautérisation ; le 19 novembre l'opéré quitte Bruxelles radicalement guéri.

L'analyse des urines faite plusieurs fois n'a jamais révélé d'hypoazoturie ni d'hypochlorurie.

Depuis lors j'ai revu l'opéré bien des fois et il vint me faire visite en avril 1888 pour montrer sa belle santé et la cicatrice souple et lisse qu'il porte au pli du coude et qui ne le gêne en rien dans tous les mouvements du bras.

La cure radicale se maintient donc depuis bientôt quatre ans.

XXV. OBSERVATION D'UN CAS DE TUMEUR ÉRECTILE (NOEVUS VASCULAIRE ET HYPERTROPHIQUE DE LABOULBÈNE) DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

Le 28 janvier 1885 Melle D..., de Namur, 19 ans, de bonne santé et de bonne constitution, vient me consulter pour une tumeur sanguine qu'elle porte à la lèvre inférieure, s'étendant jusqu'à la commissure droite de la bouche, grosse comme un œuf de pigeon.

Cette tumeur date de sa naissance, elle augmente considérablement de volume depuis quelque temps, et son poids fait dévier complètement la lèvre, repliée en dehors vers le menton ; ce qui empêche Mlle D... de conserver sa salive dans la bouche et de parler distinctement.

L'aspect de cette tumeur violacée et semi-fluctuante est horrible et fait la désolation de la malade; sept applications de caustique ont détruit complètement la tumeur; après la chute de l'eschare, réunion et rapprochements progressifs des lèvres de la plaie par les bandelettes au collodion.

Le 20 février 1885, Mlle D... retournait à Namur radicalement guérie et enchantée du résultat.

J'ai appris en 1888 que la guérison s'était maintenue et que Mlle D... venait de se marier.

XXVI. OBSERVATION D'UN CANCER DU CERVEAU, OPÉRÉ AU MOYEN DU CAUSTIQUE, par le docteur Brandis, chirurgien de l'hôpital Louise, à Aix-la-Chapelle.

Lors d'un voyage à Aix-la-Chapelle j'eus l'occasion de

causer du traitement du cancer par le caustique avec le docteur Brandis, qui me promit de l'essayer à la première occasion.

Voici ce que m'écrivit à ce sujet le chirurgien en chef de l'hôpital Louise, le 23 mai 1876.

« Je n'ai pas oublié votre admirable caustique; je n'ai
» pas eu beaucoup l'occasion de l'employer mais j'ai
» bien pu constater sa force. J'ai une vieille femme à
» l'hôpital, atteinte d'un cancer énorme, ulcéré, de l'os
» frontal et pénétrant jusque dans la boîte crânienne.
» Après avoir détruit tout le cancer d'une épaisseur de
» dix centimètres et d'une étendue de onze centimètres,
» par trois applications de caustique, il ne reste plus
» qu'une très petite partie du cancer et dans le centre
» de la plaie on voit le cerveau. Comment cela va-t-il se
» terminer? Je vous donnerai des nouvelles plus tard. »

Agréez, etc.

(Signé) Dr BRANDIS.

Le 1er janvier 1877 le docteur Brandis m'écrivait :

« Permettez-moi de vous dire quelques mots du cas
» de cancer, dont je vous ai écrit, il y a quelque temps.
» Après avoir appliqué le caustique cinq fois, le cancer
» paraît être détruit complètement. Au milieu de l'os
» frontal on voit une ouverture large comme une pièce
» de cinq francs, au fond de laquelle se trouve le cer-
» veau à nu. La femme se porte assez bien. Pour moi il
» n'y a plus de doute que sans votre remède la femme
» serait déjà morte depuis des semaines. »

Agréez, etc.

(Signé) Dr BRANDIS.

Le 28 janvier 1877 le docteur Brandis m'écrivait que la femme au cancer du front venait de mourir d'une affection cérébrale; que le caustique avait en tout cas

été très efficace à prolonger la vie et à diminuer les souffrances dans un cas aussi désespéré; et que s'il n'avait plus employé le caustique depuis, c'est qu'il n'avait pas eu de cas convenable pour son emploi et qu'il avait refusé les cas de cancer *non opérables*.

XXVII. CAS DE CYSTO-SARCOME FASCICULÉ DE LA RÉGION PECTORALE ET DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU CREUX DE L'AISSELLE (observé chez un garçon de 17 ans). Opéré par le bistouri et récidivé; opération et guérison complète par la méthode des caustiques chimiques.

Cette observation, publiée par les docteurs Stocquart et Jules Félix, dans les archives de médecine et de chirurgie pratiques, année 1887-1888, fascicule 2, B, peut se résumer ainsi :

Le sieur P. F... fut atteint à l'âge de 15 ans, en janvier 1885, d'une tumeur à la région antérieure du creux axillaire gauche, au devant du muscle pectoral. Quatre mois après le début de cette tumeur, on en fit l'extirpation par le bistouri, à l'hôpital Saint-Pierre, le 16 mai 1885. Cette opération causa de la fièvre pendant dix jours et le patient quitta l'hôpital le 29 mai. La cicatrisation de la plaie ne fut complète qu'au bout de trois mois; récidive. Le 5 mai 1886, le malade se présenta à la consultation du docteur Stocquart qui tenta la résolution par divers moyens, surtout les injections interstitielles d'acide phénique et d'acide lactique; ce qui donna comme un coup de fouet au néoplasme dont le développement augmenta rapidement. Au mois d'août elle avait un diamètre transversal de 18 centimètres sur la ligne mamellaire; 15 centimètres sur une ligne correspondant à l'étranglement axillaire. L'examen microsco-

pique des liquides et des parties bourgeonnantes des nombreux kystes que la tumeur renfermait et que le caustique nous fit découvrir, nous permit de constater que la tumeur tenait à la fois du sarcôme et du fibrôme.

L'analyse des urines souvent répétée ne donna aucun signe d'hypoazoturie, ni d'hypochlorurie.

Du 20 au 27 août 1885 nous avons fait sept applications de caustique pour détruire l'énorme tumeur; le 5 septembre l'escharre se détache et laisse une belle et énorme plaie, et au mois de décembre la guérison et la cicatrisation étaient complètes.

Depuis l'opéré se porte très bien; aucune trace de récidive n'existe; l'opéré peut se livrer à tous les mouvements du bras sans gêne ni douleur.

Pendant toute la durée de l'opération le thermomètre n'a jamais dépassé 38° C. La moyenne d'urée dans les 24 heures a été de 25 grammes environ.

Bruxelles, le 5 mai 1888.

Dr Jules Félix.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

1. *Etude clinique sur la fistule à l'anus et son traitement au moyen de la section linéaire.* In-8°, 1875. (Mémoire couronné par la Société de médecine de Gand.)
2. *Des embaumements et de la conservation des cadavres par les injections capillaires d'alcool phéniqué.* In-8°, 1876.
3. *Etudes sur les hôpitaux et les maternités.* (Médaille à l'Exposition d'hygiène et de sauvetage à Bruxelles, 1876).
4. *Considérations sur l'attelage du cheval et du chien.* (Mémoire présenté à la Société protectrice des animaux, 1877).
5. *Quelques considérations sur le traitement de la pierre.* (Mémoire présenté à l'Académie royale de médecine, Bruxelles, 1880).
6. *De l'assainissement des villes et des habitations et de la destruction complète des gaz méphitiques et des émanations délétères des égouts et autres foyers d'infection, au moyen du comburateur au gaz.* In-8°, 1880. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris).
7. *De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur, dans le traitement de la phtisie pulmonaire, de la bronchite chronique*, etc. (Mémoire présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique, 1881).
8. *La question des hôpitaux*, 1884.
9. *Notice sur les hôpitaux en toles d'acier embouties*, construits par M. J. Danly, ingénieur maître des Forges, à Aiseau (Belgique), d'après les plans et données du docteur Jules Félix. Bruxelles, 1884. (Médaille d'argent au Grand Concours des Baraquements, institué par S. M. l'Impératrice d'Allemagne, Augusta, reine de Prusse, à Anvers, 1885).
10. *Le docteur Bougard, sa vie et ses œuvres.*
11. *Des avantages du pansement métallique à feuilles d'étain dans la chirurgie des armées.* (Médaille d'argent à l'Exposition internationale d'Anvers, 1885).